

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Pierre MASQUIN**

Né à Carpentras, le 21 octobre 1900  
Interne des Asiles de la Seine  
Ancien Externe des Hôpitaux

LES SYNDROMES CONFUSIONNELS  
DANS LES  
GRANDS TRAUMATISMES CRANIENS

Étude Clinique Anatomico-Pathologique et Médico-légale

*Président : M. HENRI CLAUDE, professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Pierre MASQUIN**

Né à Carpentras, le 21 octobre 1900

Interne des Asiles de la Seine

Ancien Externe des Hôpitaux

LES SYNDROMES CONFUSIONNELS  
DANS LES  
GRANDS TRAUMATISMES CRANIENS

Étude Clinique Anatomo-Pathologique et Médico-légale

*Président : M. HENRI CLAUDE, professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

## DOYEN . . . M. BALTHAZARD

## I. — PROFESSEURS

|                                                                | MM.               |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie . . . . .                                             | ROUVIÈRE.         |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .    | GRÉGOIRE          |
| Physiologie. . . . .                                           | N.                |
| Physique médicale . . . . .                                    | STROHL.           |
| Chimie médicale. . . . .                                       | DESGREZ.          |
| Bactériologie . . . . .                                        | LEMIERRE.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .         | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                 | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale. . . . .                                   | CLERC.            |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                              | LENORMANT.        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                | ROUSSY.           |
| Histologie. . . . .                                            | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                    | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique . . . . .                                        | LOEPER.           |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                       | TANON.            |
| Médecine légale. . . . .                                       | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .            | MÉNÉTRIER.        |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                 | RATHERY.          |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .             | Maurice VILLARET. |
| Clinique médicale . . . . .                                    | CARNOT.           |
|                                                                | BEZANÇON.         |
|                                                                | ACHARD.           |
|                                                                | Marcel LABBÉ.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance. . . . .            | LEREBoullet.      |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                    | NOBÉCOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .       | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .              | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses. . . . .                    | TEISSIER.         |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                 | DELBET.           |
|                                                                | CUNÉO.            |
|                                                                | LEJARS.           |
|                                                                | GOSSET.           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                             | TERRIEN.          |
| Clinique urologique . . . . .                                  | LEGUEU.           |
| Clinique d'accouchements. . . . .                              | COUVELAIRE.       |
|                                                                | BRINDEAU.         |
|                                                                | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique. . . . .                                | J.-L. FAURE.      |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .        | OMBRÉDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale. . . . .                       | VAQUEZ.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .                     | SEBILEAU.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                  | Pierre DUVAL.     |
| Clinique propédeutique. . . . .                                | SERGENT.          |
| Clinique de la tuberculose. . . . .                            | Léon BERNARD.     |
| Professeurs sans chaire. . . . .                               | MAUCLAIRE.        |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.  
 N . . . . . Physiologie.  
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.  
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.  
 BROCCQ. . . . . Pathologie chirurgicale  
 BRULÉ. . . . . Pathologie médicale.  
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale  
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.  
 CHABROL . . . . Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.  
 DOGNON. . . . . Physique.  
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.  
 ÉCALLE . . . . . Obstétrique.  
 FEY. . . . . Urologie.  
 GARNIER. . . . Pathologie expérimentale  
 GASTINEL . . . Bactériologie.  
 GATELLIER. . . Pathologie chirurgicale  
 GIROUD . . . . . Histologie.  
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.  
 HAZARD . . . . Pharmacologie.  
 HOVELACQUE Anatomie.  
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.  
 HUTINEL . . . . Pathologie médicale.  
 JOANNON . . . . Hygiène.  
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

### MM.

LAROCHE(G.) Pathologie médicale.  
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LEVEUF . . . . Pathologie chirurgicale  
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.  
 LIAN . . . . . Pathologie médicale.  
 MILLOT . . . . Histologie.  
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOREAU . . . . Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOURE. . . . . Pathologie chirurgicale.  
 MULON. . . . . Histologie.  
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.  
 OLIVIER . . . . Anatomie.  
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.  
 PORTES . . . . Obstétrique.  
 QUÉNU. . . . . Pathologie chirurgicale,  
 RICHEL. . . . . Physiologie.  
 SANNIÉ . . . . Chimie biologique.  
 SÉZARY. . . . . Dermatologie et Syphiligraphie.  
 VALLERY-RADOT  
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.  
 VAUDESCAL. Obstétrique.  
 VELTER . . . . Ophtalmologie.  
 VERNE. . . . . Histologie.  
 VIGNES . . . . Obstétrique.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

BUSQUET . . . . Pharmacologie.  
 GUENIOT . . . . Obstétrique.  
 LEQUEUX . . . . Obstétrique.  
 LEROUX . . . . Anatomie pathologique

### MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.  
 RETTERER . . . Histologie.  
 ZIMMERN . . . . Physique.

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### A TITRE PERMANENT

#### MM.

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| ABRAMI. . . . .     | Clinique médicale.     |
| CHIRAY. . . . .     | Clinique médicale.     |
| DEBRÉ. . . . .      | Clinique médicale.     |
| DUVOIR. . . . .     | Clinique médicale.     |
| FIESSINGER. . . . . | Clinique médicale.     |
| LAIGNEL-LAVASTINE   | Clinique méd.          |
| BASSET. . . . .     | Clinique chirurgicale. |
| CHEVASSU. . . . .   | Clinique chirurgicale. |

#### MM.

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| HEITZ-BOYER.        | Clinique chirurgicale. |
| MATHIEU. . . . .    | Clinique chirurgicale. |
| MOCQUOT. . . . .    | Clinique chirurgicale. |
| PROUST. . . . .     | Clinique chirurgicale. |
| SCHWARTZ. . . . .   | Clinique chirurgicale. |
| LE LORIER. . . . .  | Clinique chirurgicale. |
| LEVY-SOLAL. . . . . | Clinique obstétricale. |
| METZGER. . . . .    | Clinique obstétricale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, professeur sans<br>chaire . . . . . | } Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez<br>l'adulte pour les accidentés du travail, les<br>mutilés de guerre et les infirmes adultes.<br>Stomatologie.<br>Education physique<br>Radiologie clinique.<br>Puériculture. |
| FREY. . . . .                                      |                                                                                                                                                                                                                                |
| CHAILLEY-BERT. . . . .                             |                                                                                                                                                                                                                                |
| LEDOUX-LEBARD. . . . .                             |                                                                                                                                                                                                                                |
| WEILL-HALLÉ. . . . .                               |                                                                                                                                                                                                                                |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand hon-  
neur d'accepter la présidence de  
cette thèse.*

*En témoignage de notre re-  
connaissance, pour sa bienveil-  
lance à notre égard, et de très  
respectueux attachement.*

A M. LE MÉDECIN COMMANDANT FRIBOURG-BLANC

Professeur à l'école d'application militaire du Val-de-Grâce  
Médecin chef du Service de Neuro-Psychiatrie

*Hommage de gratitude pour  
la bonté avec laquelle il nous a  
agréé dans son service et nous a  
dirigé dans la rédaction de ce  
travail.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-VALENSI  
Médecin des Hôpitaux

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIÉDELIEVRE

A M. LE DOCTEUR L. MARCHAND  
Médecin Chef de l'Asile de Villejuif

*Qui ont bien voulu s'intéresser  
à notre thèse et nous aider dans  
notre tâche. Sincère témoignage  
de gratitude.*

A M. LE MÉDECIN COMMANDANT GAUTHIER  
Professeur Agrégé au Val-de-Grâce

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

*Stage :*

M. LE PROFESSEUR SERGENT

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

*Externat :*

M. LE DOCTEUR FLANDIN

*Qui a dirigé d'une façon toute  
paternelle nos premiers pas dans  
la carrière médicale et dont les  
encouragements et les conseils ne  
nous ont jamais fait défaut. Qu'il  
veuille trouver ici l'expression de  
notre très respectueuse affection.*

M. LE DOCTEUR LÉVY-SOLAL

M. LE DOCTEUR GOURCOUX

M. LE DOCTEUR CLOVIS-VINCENT

A NOS MAÎTRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

*Internat provisoire :*

A M. LE DOCTEUR PACTET

*En gage de dévouement respectueux.*

*Internat :*

A M. LE DOCTEUR ROGUES DE FURSAC

*En reconnaissance de sa bienveillance sympathique.*

A M. LE DOCTEUR TRÉNEL

*Dont les conseils nous ont été si précieux.*

*Témoignage de respectueux dévouement.*

A M. LE DOCTEUR SÉRIEUX

*Dont nous avons eu le grand honneur d'être l'élève et dont nous ne saurions oublier les si vivantes et si belles leçons.*

*Hommage respectueux de notre admiration et de notre profond attachement.*

A M. LE DOCTEUR LEROY

*En témoignage de ma gratitude pour sa très grande bonté.*



# LES SYNDROMES CONFUSIONNELS

## DANS LES

# GRANDS TRAUMATISMES CRANIENS

---

### INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été donnée lors de notre séjour à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, par M. le Professeur Fribourg-Blanc. Grâce à sa bienveillance inépuisable, une année de service militaire est devenue pour nous une excellente année d'internat, dans un des Services de Neuro-Psychiatrie les plus riches en malades et en documents. Ce travail n'est qu'un très faible témoignage de notre infinie reconnaissance.

Sous la haute direction de M. le Professeur Fribourg-Blanc et de son collaborateur, M. le Professeur agrégé Gauthier, nous avons pu examiner alors les innombrables blessés du crâne qu'amènent, soit comme consultants, soit comme hospitalisés, leurs divers troubles pour des problèmes de pension, de mise en réforme, de responsabilité pénale, ou plus simplement, en vue d'obtenir l'atténuation de leurs malaises.

Tels sont les problèmes cliniques et médico-légaux que nous avons vu se poser chaque jour. Mais ces

problèmes ne sont pas le propre de la médecine militaire ; en pratique civile, les accidents du travail, les accidents de la rue, les font fréquemment discuter devant les tribunaux, qui demandent alors à un expert de les éclairer dans leur appréciation. A Paris, c'est un psychiatre qui sera désigné à cet effet ; en province, les médecins spécialisés manquent, et c'est à un praticien habitué à la médecine générale qu'incombera cette tâche souvent délicate. Or, il faut bien le dire, les praticiens qui n'auront eu le plus souvent pour les éclairer qu'un stage rapide dans un service de psychiatrie, et des notions élémentaires de médecine légale connaissent peu les problèmes que pose, au point de vue psychique, un traumatisme crânien. Comment se guider pour apprécier les troubles subjectifs allégués par un blessé ? N'a-t-on pas souvent tendance à prendre ces malades pour des simulateurs, et si des troubles mentaux s'imposent un jour à un examen, comment les rattacher alors à leur véritable cause ? Même parmi les spécialistes, après la grande vague d'humanitarisme qui submergea après la guerre le public et même des pouvoirs qui devraient être frénateurs, une réaction si fit sentir. On avait vu des confus dont les symptômes aigus avaient régressé assez rapidement et dans la grande majorité des cas. On avait, dès lors, pensé que cette heureuse évolution ne pourrait aller qu'en s'accroissant et toutes les statistiques publiées de 1920 à 1925 sont imprégnées de cet optimisme. Il n'en fut hélas

pas ainsi, et le nombre considérable d'« éclopés mentaux » qui passent encore au Val-de-Grâce en 1930 ne va pas en diminuant. « Beaucoup, nous dira-t-on sont guéris, et vous n'avez pas vu ces derniers. Parmi les traumatismes de guerre ce n'est que les cas graves que les médecins voient aujourd'hui ».

Le fait même qu'il s'en peut trouver doit nous rendre hésitants. A plusieurs reprises, M. Fribourg-Blanc a déjà attiré sur ce point, l'attention du corps médical. *Notre étude n'envisagera d'ailleurs que les cas où le traumatisme fut violent, grave et se produisit chez des sujets sans antécédents mentaux.*

Un symptôme qui nous a paru assez fréquent chez ces blessés que nous avons vus, dix à quinze ans après le traumatisme, se plaindre encore de séquelles psychiques plus ou moins graves et qui, par conséquent, nous semble être un fâcheux élément de pronostic, *c'est le déclenchement de troubles mentaux au moment de l'accident, sous forme de confusion mentale aiguë.*

Cette notion nous a paru intéressante à signaler, car la valeur de ce symptôme ne paraît pas avoir attiré suffisamment jusqu'ici l'attention. A vrai dire, si l'apparition d'un syndrome confusionnel post-traumatique chez un sujet à état mental antérieurement sain, est un facteur de gravité, c'est qu'il nous semble traduire, dans ce cas, une atteinte organique certaine de la masse encéphalique, ce qui imprime ensuite à l'évolution de la

maladie une symptomatologie bien spéciale quelle qu'en soit l'évolution ultérieure : régression ou passage à la chronicité.

Mais cette notion n'a pas qu'une valeur purement clinique ; les symptômes mêmes de ces états confusionnels entraînent aux différents stades d'évolution des réactions médico-légales qui posent des problèmes de la plus haute importance.

Aussi avons-nous pensé, à l'instigation de M. Fribourg-Blanc, qu'une étude clinique et médico-légale des confusions dans les traumatismes crâniens pouvait faire le sujet d'un travail d'ensemble.

Dans une première partie d'étude clinique nous avons l'intention de montrer les aspects sous lesquels naissent, se développent et évoluent ces états confusionnels.

Dans une deuxième partie d'étude médico-légale, nous envisagerons les réactions de ces malades et la conduite à tenir de l'expert, en présence de problèmes d'évaluation, de responsabilité, d'incapacité professionnelle, d'indemnisation.

Nous avons, par la suite, intercalé entre ces deux principaux chapitres, une petite étude pathogénique et anatomo-pathologique de la question. Nous ne nous sommes pas étendus sur ce terrain, d'ailleurs encore mal exploré. Notre seul but, en le touchant, était de montrer la réalité de ces lésions anatomiques que nous évoquons comme facteurs essentiels dans la production et le mode évolutif de ces confusions traumatiques.

Nos observations proviennent presque toutes du service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce, et de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris.

Nous tenons à remercier ici M. le Professeur H. Claude, dont nous avons l'honneur d'être actuellement l'interne, de l'obligeance avec laquelle il a mis ses observations à notre disposition. Nous remercions aussi M. le Professeur Agrégé Piédelièvre, M. le Dr Marchand pour leur aide si précieuse, et enfin nos maîtres, MM. les Drs Trenel et Leroy, M. le Dr Beaudouin, Mlle le Dr Serin et notre collègue, le Dr Le Guillant, pour les observations qu'ils ont bien voulu nous transmettre.

## HISTORIQUE

Si l'étude des psychoses traumatiques remonte à la plus haute antiquité, l'identification par contre des syndromes confusionnels et leur description paraissent avoir été longtemps négligées. Il est vrai que la confusion mentale elle-même est une acquisition psychiatrique récente, et Delasiauve qui, le premier, l'isolait, l'appelait encore « stupidité ». Pourtant ce syndrome essentiellement caractérisé par de l'incoordination et du ralentissement des idées, s'accompagnant ou non d'hallucinations et de délire, paraît être fréquent chez les traumatisés du crâne.

Malheureusement, ce fond mental que l'on retrouve chez tous les confus, se cache derrière une multitude d'aspects cliniques variables par leur symptomatologie ou leur évolution. Ce sont ces différences qui, bien qu'apparentes, avaient seules frappé les observateurs, empêché l'unification du syndrome confusionnel traumatique, et souvent rendu incomplètes leurs descriptions.

C'est ainsi qu'Hippocrate ne parle guère que des « ténèbres répandues autour du blessé ».

Sauvages (1) cite « l'assoupissement et la dé-

1. Sauvages (F. B. de), *Nosologie méthodique*, 1772.

mence ». Desault (1) énumère comme signes de la commotion « la confusion, le trouble dans les idées, le délire même continu, la perte de la mémoire telle que, quelquefois, les choses nouvelles s'oublient alors que les anciennes restent gravées ». Plus loin, il signale les séquelles psychiques et le passage à la chronicité.

Dupuytren (2), le premier, décrit assez complètement, sans toutefois les nommer, les syndromes confusionnels traumatiques, sous leurs aspects stuporeux et maniaque. « Le cerveau est dans un état d'engourdissement qui lui permet à peine de recevoir les impressions que les sens lui transmettent ; les malades ne voient, n'entendent et ne sentent rien ; cependant, on peut les exciter par des sons aigus, par l'approche d'une vive lumière, par des pincements et des tiraillements ; ils paraissent alors sortir d'un profond sommeil ; ils balbutient quelques mots sans suite, sans ordre, et quelquefois sans rapport avec les impressions qu'on exerce en eux, et ils retombent immédiatement dans la situation d'où ils ont été tirés. »

Quant à la confusion à teinte maniaque voilà ce qu'il en écrit : « Si le lendemain d'une fracture le malade est dans un état de gaieté surnaturelle, s'il parle beaucoup, a l'œil vif et la parole brève, les mouvements brusques et involontaires, s'il affecte un courage et une résolution désormais inutiles,

1 Desault, *Œuvres chirurgicales*, 1798.

2. Dupuytren, *Leçons orales de la clinique chirurgicale*, 1839.

tenez-vous sur vos gardes... il se manifeste chez ces malades une singulière confusion d'idées sur les lieux, les personnes et les choses. En proie à l'insomnie, ils sont ordinairement dominés par une idée plus ou moins fixe, mais presque toujours en rapport avec leur profession, leurs passions, leurs goûts, leur âge, leur sexe. Ils se livrent à une jactation continuelle. Les parties supérieures de leur corps sont couvertes d'une sueur abondante ; les yeux deviennent brillants, injectés, la face s'anime, se colore ; ils profèrent avec une loquacité extraordinaire des vociférations effrayantes. »

Schlager (1) dans sa statistique, cite seize cas de « confusion dans les idées ». Sur 49 malades chez qui la « folie » avait été le résultat d'un ébranlement du cerveau, certains avaient « des idées ambitieuses, de l'inquiétude (dans 14 cas, tentatives de suicide), de l'agitation, de la perte de la mémoire ».

Dans les conclusions que tire Skae (2) de son travail sur la folie traumatique, nous trouvons : « la folie traumatique est d'ordinaire caractérisée à son début par de l'excitation maniaque, variable dans son intensité et sa durée. L'excitation fait place à un état chronique persistant souvent plusieurs années ; malades irritables, soupçonneux, à idées de suicide. Cette forme de folie se termine rarement par la guérison et a une *tendance à passer à la démence* ».

1. Schlager, *Journal de la Soc., I et R. des Médecins de Vienne*, 1857.

2. Skae, *Folie traumatique. Ann. Médic. Psych.*, 1867.

Ericksen (1) étudie surtout les séquelles psychiques post-commotionnelles où il signale « l'imperfection de la mémoire, la confusion des idées, l'impossibilité de fixer l'attention ».

Kraft-Ebing (2) distingue trois groupes de psychoses traumatiques. Le premier a trait à « l'aliénation traumatique primaire », démence primaire qui représente les confusions aiguës. Le deuxième envisage l'évolution et le passage à la « démence paralytique ».

Nous citerons encore Hartmann qui, dans son travail « sur les troubles psychiques consécutifs aux blessures céphaliques (1884) » signale comme symptômes les plus fréquents de la folie traumatique les états d'exaltation et la démence à des degrés divers

Jacobson (3) distingue deux groupes : les cas de confusion aiguë (forme confuse en général précoce ; forme maniaque le plus souvent tardive), des cas de démence chronique de toute espèce.

Au point de vue médico-légal, ce n'est que vers la deuxième moitié du siècle dernier que l'on s'est occupé des confusions traumatiques. On s'attache particulièrement, pour les légitimer ou les incriminer, à en reconnaître la pathogénie organique ou pithiatique. La lutte que commencèrent Charcot, Oppenheim, Vibert, Westphall, continuée ensuite par

1. Ericksen, in Vibert, *La névrose traumatique*, 1893.

2. Kraft-Ebing, *Des troubles psychiques résultant des blessures du crâne*, 1868.

3. Jacobson, in *R. N.*, 1893.

les travaux de Koppen, (1900) Meyer, (1904) Holder, Gordon (1910), Mondio (1911) dure encore, malgré les faits apportés par la dernière guerre. Les conclusions de ces deux auteurs sont particulièrement intéressantes.

C'est ainsi que Gordon (1) note la fréquence des états confusionnels après les traumatismes, sans toutefois leur reconnaître de caractère particulier, la démence peut en être l'aboutissant définitif. Le traumatisme ne cause ni D. P. ni P. G., ni démence sénile, ni folie maniaco-dépressive. Les psychoses traumatiques peuvent simuler ces formes, il y a ressemblance et non identité. En ce qui concerne la P. G. le traumatisme en peut accélérer l'évolution.

Les observations de Mondio (2), sont précieuses en ce sens qu'il est un des premiers à opposer nettement les cas de psychoses émotionnelles et les confusions de nature organique, en montrant, par ailleurs, le rôle de l'état mental antérieur. Sur les 20 cas de confusion mentale observés par l'auteur lors du tremblement de terre de Messine, deux cas seulement ont abouti à la démence, après avoir évolué d'une manière identique. Dans l'un, le facteur émotionnel avait seul joué, mais les antécédents du malade étaient lourdement chargés. Pour l'autre, il

1. Gordon, *Troubles mentaux consécutifs aux traumatismes. Considérations médico-légales. Medical Record*, déc. 1910.

2. Mondio, *La confusion mentale traumatique. Revista Italiana de Neuro-Patologia*, vol. IV, fasc. V, p. 10, 14 janvier 1911.

n'y avait pas d'antécédents morbides, mais la commotion avait été très violente.

Depuis, on a voulu distinguer les syndromes confusionnels nettement traumatiques, des accidents qui semblaient relever d'un choc émotionnel, car ils se produisaient chez des hommes sans blessure extérieure. C'est ainsi que « l'hypnose des batailles, l'obusité » ont été séparées, par différents auteurs, de la confusion mentale proprement dite, alors que d'autres, en faisaient les formes cliniques de ce syndrome.

Le principal argument des premiers était de refuser à la production de ces troubles psychiques toute participation toxique ou infectieuse d'origine externe, ou interne, alors que leurs adversaires les signalaient comme des facteurs nécessaires, ou tout au moins adjuvants à côté de l'origine émotionnelle incontestable.

C'est ainsi que Dide, critiquant le rapport de MM. Capgras, Juquelier et Bonhomme, à la séance spéciale de la Société Clinique de médecine mentale, le 7 juillet 1917, pouvait dire : « Ces troubles mentaux, qu'avec Milian j'appelle « hypnose des batailles », sont aussi fréquents à l'occasion d'émotions purement morales ; ils sont habituels dans les troupes démoralisées : ils sont exceptionnels dans les régiments soumis à un commandement énergique. Si d'aventure ils se produisent dans ces unités, ils ont très rapidement réduits, par remise en état au poste de secours.

Je conçois mal un état mental de nature toxi-infectieuse, prévenu par énergie des chefs, et brusquement supprimé par une émotion substitutive, dite suggestion. La doctrine soutenant qu'il s'agit invariablement, en pareil cas, de confusion mentale, en outre qu'elle est inexacte, à mon sens, à tous points de vue, est inopportune puisqu'elle aboutit à l'évacuation rapide de malades essentiellement fonctionnels et considérés comme organiques. »

De même Rogues de Fursac, dans son *Traité de psychiatrie*, réserve, à côté des psychoses traumatiques, un long chapitre aux psychoses émotionnelles, où il englobe la plupart des cas de commotion.

Pourtant, Claude, Dide et Lejonne (1) écrivaient, en 1916 : « Ce serait une grosse erreur que de croire à la fréquence des troubles mentaux d'origine émotive pendant la guerre. Deux d'entre nous, observant dans les corps de troupe, n'en ont noté que 3 cas en plus d'une année, malgré les pertes élevées subies par les unités où ils étaient affectés..... Lorsqu'ils se produisent, ils sont immédiats ou suivent de près la commotion. »

Roussy et Boisseau (2) écrivaient de leur côté : « Les troubles nerveux provoqués par la déflagra-

1. Claude, Dide et Lejonne, *Psychose hystéro-émotive de guerre*. *Paris médical*, septembre 1916.

2. Roussy et Boisseau, *Les accidents nerveux déterminés par la déflagration des explosifs*. *Paris médical*, 1916, p. 185.

tion des explosifs, sont-ils, le plus souvent, de nature organique, ou au contraire d'origine fonctionnelle inorganique, dits hystériques ? Dira-t-on que les troubles que l'on observe chez les grands confus délirants, sont d'origine fonctionnelle, inorganique ? Certainement non. Or, depuis la grande confusion mentale jusqu'à l'obnubilation simple, il y a, en passant par la confusion légère, tous les intermédiaires cliniques, de même qu'il y a sans doute tous les degrés dans les lésions qui produisent ces divers états pathologiques. Mais ces lésions, tout indubitables qu'elles soient, nous sont encore mal connues et le plus souvent invisibles par nos procédés d'investigations actuels. »

Seuls furent donc universellement reconnus comme syndromes confusionnels traumatiques ceux qui relevaient de troubles organiques nets : les psychoses traumatiques immédiates, par exemple, causées par une blessure du crâne, où le choc, par l'ébranlement qu'il occasionnait, paraissait être un facteur étiologique évident. Pourtant, à leur phase initiale, confusion traumatique ou confusion émotive, présentent à peu de chose près, un tableau clinique identique, comme l'ont démontré Capgras (1), Mairet et Pieron (2). Mais il n'en est plus de même si l'on considère leur évolution respective et les séquelles psychiques ultérieures que laisse craindre la

1. Capgras, Soc. Médico-Psychol., 31 mars 1919.

2. Mairet, Pieron et Bouzanski, Académie de Médecine, 15 juin 1915.

première. Les problèmes d'évacuation, de mise en réforme, de pension qui se posent d'une manière tout à fait différente dans l'un ou l'autre cas, expliquent l'immense intérêt de la question et aident à comprendre les divergences de vue. Nous n'en discuterons pas les mobiles : question de doctrine pure ? question d'époque et de nécessité de récupération des effectifs, même défectueux ? Nous ne pouvons entrer dans ces considérations qui nous éloigneraient du cadre que nous nous sommes tracé. Nous nous contenterons de renvoyer pour cela au rapport déjà cité de MM. Capgras, Juquelier et Bonhomme, et à la discussion qu'il souleva.

Mais ce qui peut paraître plus difficile à comprendre c'est la lutte qui s'engagea autour des confusions « commotionnelles ».

Les commotionnés, blessés sans contusion « blessés internes » (Pitres) étaient-ils de véritables blessés organiques, porteurs de lésions cérébrales rentrant ainsi dans le groupe des traumatismes cérébraux, ou n'étaient-ils, eux aussi, que des émotionnés, de purs névropathes ou psychopathes, exagérateurs ou simulateurs, dont le prétendu état confusionnel n'était qu'une erreur de diagnostic ? Cette dernière hypothèse paraissait souvent défendable dans les cas où, notamment, la plupart des symptômes observés sur le lieu même de l'accident, fugaces et transitoires, disparaissaient pendant le transport du blessé ; après leur évacuation à l'arrière, la plupart de ces malades pouvaient

donc très bien être pris pour des émotionnés. Il fallut les travaux de MM. Claude, Guillain, Lhermitte, Marchand, Pitres, Ravaut, Roussy, etc... pour démontrer que parmi les commotionnés on en trouvait chez lesquels un examen minutieux, clinique, puis histologique, pouvait mettre en évidence soit l'existence de véritables lésions, soit de modifications organiques directement constatables du côté des centres nerveux et de leurs enveloppes. L'examen d'hommes projetés en l'air et morts sans avoir repris connaissance montrait des hémorragies ponctuées dans la substance blanche du cerveau et dans les cellules nerveuses de la chromatolyse avec noyau excentrique. D'autres sujets présentaient des symptômes de lésions organiques des centres nerveux (hémiplégie, paraplégie, etc...) que la ponction lombaire, ou l'autopsie, permettait de rapporter à des hémorragies cérébrales ou spinales, parfois considérables. Dans les postes de secours, l'examen du liquide céphalo-rachidien (1) prélevé immédiatement après l'explosion, montrait une pression augmentée de l'hyperalbuminose, de l'hyperglycorachie, du sang et une légère lymphocytose, symptômes disparaissant dans les vingt-quatre heures.

La commotion supposait donc toujours un micro-traumatisme diffus. Les travaux de Mairét et Du-

1. Mestrezat, Bouttier et Logre, *La formule céph. Rach. des commotions*. Bull. Acad. de Méd., mai 1918.

rante (1) ceux de Claude et Lhermitte (2), la communication de R. Dupouy (3), montraient la diffusion des lésions. Hémorragies ou foyers nécrotiques vinrent donner plus de poids encore au fondement anatomo-pathologique de la commotion nerveuse. Dès lors, blessés du crâne et commotionnés pouvaient se retrouver dans le même groupe. Leurs syndromes mentaux leur étaient communs ; les mêmes séquelles psychiques étaient à craindre pour eux. Ces auteurs n'en reconnaissaient pas moins, avec Dumas (4), G. Ballet et Rogues de Fursac (5), que des manifestations pithiatiques accompagnaient souvent les troubles des commotionnés, mais que c'étaient des épisodes parasites, variables d'un sujet à l'autre, dont l'éclosion demandait un terrain favorable. En somme, il ne s'agissait plus, dès lors, que de séparer la part qui revenait au traumatisme de celle qui relevait de l'émotion. A notre avis, il y avait choc dans les deux cas, « la commotion étant un traumatisme d'origine externe, de source exogène, de nature mécanique, consécutif à un choc physique dont la transmission vibratoire centripète ébranle direc-

1. Mairet et Durante, *Contribution à l'étude expérimentale des lésions commotionnelles*. R. N., fév. 1919 et P. M., 1917.

2. Claude et Lhermitte, *Commotion médullaire*. Ann. Méd., t. II, oct. 1915.

3. Dupouy, *Note sur la commotion cérébro-médull.* Soc. Méd. des Hop., oct. 1915.

4. G. Dumas, *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*. Alcan, 1919.

5. G. Ballet et Rogues de Fursac, *Psychoses émotionnelles*. Paris Méd., 1<sup>er</sup> janv. 1915.

tement le cerveau ; l'émotion étant un traumatisme d'origine interne, de nature psychique consécutif à un choc moral ou à une série d'impressions affectives intenses dont l'irradiation centrifuge ébranle directement l'ensemble du système nerveux sympathique et cérébro-spinal (Dupré et Logre) (1). Bien souvent ces deux facteurs étiologiques agissent de pair, et, comme l'écrit Porot : « c'est plutôt à un dosage qu'à une séparation que l'on doit recourir. »

Pathogéniquement, il y a donc une différence entre les émotionnés, les contusionnés et les commotionnés qui représentent, en quelque sorte, un groupe intermédiaire ; mais dans chacune de ces catégories, nous trouvons les mêmes syndromes confusionnels. Une seule différence les sépare, différence capitale, c'est leur intensité et leur évolution. Bénins et transitoires, et d'ailleurs rares dans le premier cas où ils ne paraissent liés à aucune lésion organique proprement dite, mais à des modifications intracellulaires soupçonnées mais non décrites, ils évoluent rapidement vers la guérison, *à moins qu'il ne s'agisse de prédisposés à équilibre mental précaire.*

Dans les second et troisième cas, au contraire, où ils relèvent de lésions anatomo-pathologiques nettes, ils sont graves dans leur évolution et leur pronostic, faisant des sujets atteints, sinon des déments, du

1. Dupré et Logre, *Emotion et commotion*. Ac. de Méd., 30 juil. 1918 ; Dupré, *Emotion et commotion*. Ac. de Médecine, 30 juil. 1918.

moins presque toujours des *éclopés mentaux*. Aussi ne nous occuperons-nous que de ces cas où le traumatisme fut assez considérable pour déclancher, à côté des troubles organiques dont la description sort du cadre de notre question, des troubles confusionnels que nous nous attacherons à décrire pour montrer surtout l'évolution souvent grave qu'ils annoncent en général, et les problèmes médico-légaux qu'ils posent.

Nous ne voudrions pas, après ce que nous venons de dire, donner à penser que tout blessé cranio-encéphalique présente après son accident un état confusionnel. Dumas et Delmas (1) donnent 8 % comme proportion de sujets, tant blessés que commotionnés, devant être évacués pour troubles confusionnels ; ce qui est, en somme, un chiffre assez bas. Nous-même avons pu nous rendre compte, en interrogeant les blessés du crâne qui venaient en sur-expertise au Val-de-Grâce, de la fréquence relativement faible de ce syndrome, surtout quand il s'agit de plaies localisées (balles, schrapnels), comme si la diffusion du traumatisme était une des conditions nécessaires à la production de la confusion, ainsi que l'ont démontré Lecène et Bouttier.

Martimor a fait la même constatation. Sur 105 blessés du crâne examinés par lui en dix mois, un seul a été interné. Sur 46 commotionnés vus dans le même laps de temps, dix ont été internés ou placés dans un

1. Dumas et Delmas, *Les confusions mentales d'origine commotionnelle*. Arch. de Méd. et Pharmac. milit., janvier 1917.

hôpital réservé aux psychoses. Les deux tiers avaient présenté des troubles confusionnels assez graves. Nous avons pu remarquer aussi que chez ceux qui venaient consulter quinze ans après leurs blessures pour des séquelles psychiques, on retrouvait presque toujours une phase confusionnelle initiale. Ce point ne manque pas d'intérêt car il tendrait à montrer que tout traumatisme crano-encéphalique qui s'accompagne de confusion mentale est un traumatisme dont le pronostic psychique doit rester réservé. Ce n'est pas que nous prétentions rendre l'état confusionnel responsable des complications psychiques tardives. Celles-ci, comme nous le verrons, paraissent liées à des processus cicatriciels, aboutissement de lésions primitives aiguës, causées par le traumatisme initial. Le traumatisme déclenche donc des troubles mentaux qui évoluent en deux phases : phase confusionnelle aiguë, phase de complications psychiques tardives. Mais si la deuxième phase n'est pas la conséquence de la première, du moins la première permet-elle de craindre ou d'expliquer l'apparition de la seconde, et peut-elle, jusqu'à un certain point, commander une thérapeutique d'urgence appropriée.

C'est cette importance que nous voudrions montrer dans ce travail.

## *PREMIÈRE PARTIE*

### **ÉTUDE CLINIQUE**

---

#### *VUE D'ENSEMBLE*

Par ses seuls symptômes, l'état confusionnel témoigne de la perturbation qu'apporte le traumatisme dans le psychisme de l'individu choqué, au même titre que des signes organiques, et en particulier neurologiques traduisent et localisent même, parfois, l'atteinte physique des centres nerveux. Une fois constituée, après une phase de sidération initiale immédiatement consécutive au choc, cette perturbation des fonctions psychiques peut s'atténuer rapidement en une simple bradypsychie, accompagnée de désorientation légère et de troubles mnésiques peu prononcés, ou bien persister sous forme de véritable stupeur. Sur ce fond d'impuissance intellectuelle, caractéristique de l'état confusionnel, peuvent venir se greffer d'autres troubles, manifestations délirantes ou hallucinatoires, simples épiphénomènes apparaissant et se développant d'une façon toute automatique; aucun frein ne venant en endiguer l'éclosion, assez prononcés toute-

fois pour modifier la symptomatologie de l'état confusionnel et y imprimer une allure clinique différente.

Qu'elle soit aiguë ou subaiguë, stuporeuse ou onirique, la confusion mentale peut disparaître plus ou moins complètement dans un laps de temps variable, ou passer au contraire à la chronicité, s'accroissant dans certains cas jusqu'à figurer un véritable état démentiel. Aussi, semblerait-il nécessaire de décrire, non pas une confusion mentale traumatique, mais des états confusionnels, puisque malgré leur parenté profonde, ils semblent, à première vue, différer d'aspect et poser des problèmes tout différents, tant au point de vue anatomo-pathologique que médico-légal.

Nous décrivons donc les syndromes confusionnels traumatiques suivant les deux phases de leur évolution :

A) *Phase aiguë : Syndromes confusionnels aigus.*

B) *Phase de chronicité : Syndromes confusionnels chroniques.*

Nous n'avons englobé sous cette dernière dénomination que les formes d'évolution où le psychisme du blessé présente un état de gravité incompatible avec une activité sociale moyenne (séquelles moyennes ou graves). Ces malades nous ont semblé présenter dans ces formes un état de subconfusion ou de confusion chronique plutôt qu'un état de démence plus ou moins marqué, selon la terminologie employée habituellement. Nous les opposons

aux séquelles minimales où l'on retrouve à l'état d'esquisse à peine ébauchée, quelques symptômes de la série confusionnelle, mais trop légers toutefois pour empêcher le blessé de mener une vie sociale qui, bien que ralentie, est encore possible. Ces séquelles minimales seront étudiées comme forme de régression imparfaite de la confusion traumatique aiguë.

Cette division nous paraît avoir l'avantage de montrer d'une manière plus évidente la corrélation étroite qui existe entre tous ces états confusionnels, simples étapes successives en somme de l'aggravation, toujours possible, de l'état mental.

Elle montre aussi le parallélisme qui existe entre les troubles psychiques et les lésions anatomiques observées. A la phase confusionnelle aiguë correspondent des processus d'infection, d'intoxication, d'irritation ; à la phase de chronicité semblent répondre au contraire des lésions cicatricielles plus ou moins stabilisées et définitives, n'évoluant plus qu'à bas bruit, pouvant ainsi s'aggraver d'années en années, mais lentement, insidieusement, progressivement ou par à-coups.

Enfin, nous voudrions en ce chapitre, faire ressortir avec netteté les symptômes fondamentaux communs à ces états confusionnels, les caractères particuliers à chaque forme clinique, et les différents modes d'évolution.

Le plan de ce chapitre sera donc ainsi conçu :

## I. SYNDROMES CONFUSIONNELS AIGUS.

- A) *Début* : Phase de psychoplogie ;
- B) *Etat* { a) Formes dépressives.  
b) Formes maniaques.
- C) *Evolution* { a) Régression { 1<sup>o</sup> complète.  
2<sup>o</sup> incomplète : *seq. minim.*  
b) Chronicité.

## II. SYNDROMES CONFUSIONNELS CHRONIQUES.

- A) *Séquelles moyennes* ;
- B) *Séquelles graves*.

### I. — Syndromes confusionnels traumatiques aigus.

Ceux-ci peuvent suivre de plus ou moins près le traumatisme, éclatant après une phase de latence dont la durée est variable, mais toujours relativement courte. Ils relèvent du choc lui-même et des modifications immédiates apportées par celui-ci à l'encéphale et à ses enveloppes méningées ou osseuses : lésions plus ou moins diffuses et profondes du parenchyme cérébral quelle qu'en soit l'étiologie (commotion, contusion, compression osseuse, hypertension du liquide céphalo-rachidien, hémorragie ou infection). Nous reviendrons d'ailleurs plus tard sur la valeur respective de ces facteurs étiologiques.

A côté des cas où la confusion suit de près le traumatisme, il en est d'autres plus rares, il est vrai, mais avec lesquels il faut compter, où l'état confu-

sionnel aigu apparaît, quelques jours, de longs mois, et même des années après l'accident initial. Il prend, quand il est très tardif surtout, une valeur diagnostique considérable, car il peut être alors la première manifestation d'une complication chirurgicale tardive, dont le pronostic est toujours sombre : méningite enkystée, abcès du cerveau, développés à bas bruit à la faveur d'un microbisme latent autour d'une esquille osseuse ou d'un corps étranger méconnu. Nous avons signalé en passant cette étiologie, nous n'y reviendrons pas, les aspects cliniques de ces syndromes confusionnels aigus tardifs étant les mêmes que ceux sous lesquels se présentent les syndromes confusionnels primitifs que nous allons décrire. Seul leur pronostic diffère en ce sens qu'il est toujours sombre, du seul fait de la gravité des complications infectieuses qu'ils entraînent.

Donc, dans la règle, l'état confusionnel aigu fait suite au coma *surtout lorsqu'il s'agit d'un traumatisme violent.*

Que le choc sur la tête ait été *direct* (projection violente de la tête sur un corps solide ou d'un corps solide sur la tête), ou bien qu'il ait été *indirect* (chute sur les pieds d'un étage élevé) une perte de connaissance immédiate se produit, d'une façon d'ailleurs assez variable. Dans sa thèse, Bouttier donne une statistique des blessés du crâne et de commotionnés ayant présenté ou non une perte de connaissance. Dans les cas de *blessure*, la perte de

connaissance est loin d'être la règle, mais si l'on en croit l'auteur, elle est ici un fâcheux élément de pronostic, la grande majorité des blessés ayant perdu connaissance, étant par la suite décédés ou atteints de troubles mentaux graves. Dans le cas de *commotion*, au contraire, elle paraît être beaucoup plus fréquente et le pronostic par contre moins sévère.

\* \* \*

A la suite de cette perte de connaissance, le coma apparaît, véritable coma apoplectiforme : le faciès du blessé est vultueux, les conjonctives injectées, la respiration stertoreuse, le pouls lent et bien frappé. On ne note aucune élévation thermique. L'état des réflexes tendineux et photomoteurs est variable, mais ils sont en général abolis.

Dans d'autres cas, au contraire, le faciès pâle, la respiration courte et superficielle, le pouls rapide et petit, l'hypothermie, rendent encore plus frappant cet état de sidération physique. Parallèlement à celui-ci, s'installe une sidération psychique totale, que Dupré a si bien nommée *psychoplégie*. C'est en somme un tableau de « paralysie psychomotrice » (Logré et Bouttier), que présente cette phase, tableau qui n'est vraiment net que si le traumatisme n'a déclenché qu'un sub coma. La sidération physique peut alors rétrocéder la première, tandis que persiste l'obnubilation, la psychoplégie. Le blessé apparaît dès lors comme un confus, en

état de stupeur, calme ou bien dans un état d'agitation motrice purement automatique. Dans le premier cas, il est immobile, prostré, stupide, les yeux hagards, le regard vide. Il reste calme, silencieux et assez maléable. On peut le faire boire, manger, se coucher, sans qu'il ne manifeste aucune réaction. Dans le second cas, au contraire, il va et vient au hasard, gesticule en proie à une activité motrice automatique, avant tout stéréotypée, parfois grognant ou criant, mais toujours anidéique; sa mimique, ses cris, ne semblant être la traduction ni de la peur, ni de la colère, ni de quelque thème hallucinatoire ou délirant. C'est dans cette forme que peuvent se produire des fugues qui rappellent les raptus d'ordre comitial ou pithiathique, celles-ci étant d'ailleurs beaucoup plus fréquentes chez les commotionnés que chez les contusionnés et relevant probablement du choc émotif.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse de forme stuporeuse calme ou de forme ataxo-adyynamique, la vie psychique est tellement paralysée qu'elle ne se manifeste par aucune réaction spontanée et qu'il est absolument impossible de rentrer d'une façon quelconque en relation avec le malade.

Telle est la période que certains auteurs ont décrite sous les dénominations de « *grande confusion asthénique* » et de « *confusion ataxo-dynamique* », termes qui nous paraissent d'ailleurs assez impropres. C'est en réalité une période de « *psychoplégie* » et non de confusion, aussi n'a-t-elle peut-être pas

très grand intérêt au point de vue psychiatrique, mais cependant il la faut bien connaître au point de vue médico-légal, d'autant qu'elle peut précéder parfois le coma au lieu de lui succéder, remplissant alors l'intervalle libre qui sépare celui-ci du moment du choc. C'est la période enfin où il faut savoir faire le bilan des lésions, pratiquer une ponction lombaire dans un but de diagnostic ou même de thérapeutique, celle-ci ayant, dans de nombreux cas, évité de recourir par la suite à une trépanation décompressive.

\* \* \*

Cette phase de mort psychique est de durée variable. Dans les cas légers elle disparaît en quelques jours, voire en quelques heures, et peut parfois même passer inaperçue ; mais dans les cas de lésions plus marquées, elle peut durer des semaines. Le blessé peut même mourir sans avoir repris connaissance.

Quand la régression se produit, elle se fait lentement, progressivement, et c'est au fur et à mesure que le psychisme renaît qu'il laisse transparaître les troubles qu'il présente dans son mécanisme, si bien que *l'état confusionnel ne paraît s'installer que dans la mesure où cet état d'inhibition totale s'atténue.*

« Bien que précoce, la confusion mentale aiguë n'est donc que le deuxième terme d'une série parfois très longue de troubles mentaux, qui débutent

par cette période de psychoplégie caractérisée par la suspension complète des différentes opérations psychiques qui, pendant l'évolution ultérieure de la confusion, ont déjà repris, en partie du moins, leur activité propre, mais sans liaison entre elles » (Juquelier).

Du reste, il est à signaler que cette première période peut parfois disparaître sans laisser d'autre séquelle psychique qu'une légère fatigabilité intellectuelle, pouvant s'atténuer à son tour peu à peu.

L'état de chaos, l'impuissance psychique, existant dans tout le mode de l'activité mentale, caractères propres de tous les états confusionnels, vont se révéler maintenant et nous les retrouverons à des degrés divers dans toutes les formes cliniques qu'ils peuvent prendre, aiguë, subaiguë ou chronique, stuporeuse ou onirique, à thème mélancolique ou maniaque. C'est parfois la bradypsychie qui paraît occuper le premier plan de la symptomatologie comme dans les formes stuporeuses. Dans les formes oniriques, l'incoordination frappe d'abord, mais toujours ces deux éléments se retrouvent intriqués.

Ce sont là les symptômes que l'examen doit s'efforcer de découvrir et de mesurer afin de faire le bilan des lésions psychiques.

Aussi, pour la clarté de la description, croyons-nous qu'il est utile de grouper en une même étude les symptômes communs à toutes les formes confusionnelles après avoir brièvement montré à la

lumière de quelques observations les différences d'allure clinique. *Ainsi verrons-nous apparaître, cachée derrière des dissemblances tout apparentes,*  
L'UNITÉ DU SYNDROME CONFUSIONNEL TRAUMATIQUE.

\* \* \*

On pourrait décrire, aux confusions traumatiques aiguës à *leur période d'état*, bien des formes cliniques ; suivant le degré d'atteinte psychique du blessé par exemple, ou selon les symptômes qu'il présente.

C'est ainsi que si l'on envisage le *degré* de confusion, on peut dépeindre à ce stade un état confusionnel subaigu où prédomine la bradypsychie avec lenteur de l'idéation et difficulté d'orientation. C'est cette forme que présentent de nombreux blessés dont le psychisme ne paraît avoir subi qu'une légère atteinte ; mais cette forme de régression de l'état de sidération initiale est aussi une forme résiduelle des syndromes confusionnels aigus, nous ferions donc double emploi si nous l'envisageons dès à présent. Pour cette seule raison nous préférons n'en parler que lorsque nous étudierons les différentes évolutions des confusions qui présentent, à leur période aiguë, un degré d'atteinte mentale plus profond.

Du point de vue de *l'aspect* clinique, le confus se présente aussi sous des formes tellement variables, qu'ici encore on en pourrait décrire une infinité ; nous les diviserons seulement en deux groupes

ainsi que nous l'avons fait pour la période de psychoplégie, à savoir :

1<sup>o</sup> Les formes où le caractère *dépressif* domine la scène ;

2<sup>o</sup> Les formes où *l'agitation* attire avant tout l'attention.

On reprochera peut-être à cette division son excès de schématisation, mais ceci paraît malgré tout préférable à l'excès contraire, d'autant plus que l'habitude que l'on a de diviser fréquemment les syndromes confusionnels en états stuporeux et états oniriques ne nous paraît guère plus satisfaisante. L'onirisme peut se retrouver aussi bien dans les formes calmes que dans les formes à agitation motrice : « Nombre de malades, même en état de stupeur complète, ont en réalité une activité psychique automatique intense, qu'ils dévoilent quelquefois ultérieurement, en fournissant un récit approximatif et irrécusable de leur délire » (Capgras et Juquelier). Mieux vaut donc ne tabler que sur l'habitus extérieur du blessé, celui-ci d'ailleurs expliquant les différentes modalités de réactions médico-légales, et commandant d'autre part des variations dans la thérapeutique à employer.

A. *Formes confusionnelles aiguës*  
*à caractère dépressif.*

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Nous engloberons ici toutes les formes de confusion où la dépression domine et paraît constituer le fond du tableau clinique.

Certaines se rapprochent du syndrome mélancolique banal, avec ou sans anxiété, avec ou sans onirisme ou phénomènes hallucinatoires. D'autres confinent à la stupeur. Tel est le cas observé par M. Guillaïn (1), d'un soldat, qui à la suite de l'éclatement d'un obus tout près de lui, tomba dans un état de stupeur avec narcolepsie, bradycardie, hypopnée, hypothémie, catatonie. Après quelques semaines survint un état délirant avec des périodes de mutisme et de négativisme, la catatonie persistant. Cet état rappelait celui de la D. P. Tel encore le cas de MM. Babonneix et Brissot que nous nous permettons de résumer ici.

OBSERVATION I (MM. Babonneix et Brissot. *R. N.*, 1918, t. I, p. 319). — G... Jean-Marie, fortement commotionné par un obus de gros calibre, se serait relevé après une perte de connaissance de cinq minutes et aurait suivi ses camarades. Le billet d'hôpital du même jour porte : « Prostration-torpeur intellectuelle, ébauche de Kernig ». Ce n'est qu'un mois après qu'il arrive en neuro-psychiatrie.

*Examen mental.* — Interrogatoire difficile et pénible.

1. Guillaïn, *Sur un état de stupeur*, *R. N.*, nov.-déc. 1915.

Gros troubles de l'attention, lenteur extrême de l'idéation, amnésie de type rétro-antégrade particulièrement marquée, symptômes qui plongent le sujet dans un état presque stuporeux. Prostration, torpeur intellectuelle considérables. Il faut le secouer pour lui arracher quelques paroles, légère désorientation dans l'espace et le temps. Pas de troubles du jugement ni du raisonnement : le malade sait que nous sommes en hiver, parce qu'il fait froid. L'obus lui aurait « tourné la tête ». Auparavant « il n'était pas comme cela ».

G... est un débile mental (intelligence peu développée et instruction sommaire). Ses réponses aux questions de pédagogie, quand il en donne, sont le plus souvent niaises.

*Examen physique.* — La physionomie est hébétée et inexpressive. G.... ne fait aucun mouvement, ne prononce aucune parole, reste debout quand on l'y place, le regard lointain, sans essayer de se soustraire à l'examen qu'on lui fait subir.

Tendances à la catatonie, stéréotypies de l'attitude et des mouvements. Obéissance un peu automatique au commandement, catalepsie, aspect figé. Démarche lente, hésitante, à petits pas. Difficulté du demi-tour les yeux fermés; pas de Romberg.

Réflexes rotuliens normaux. Les réflexes tendineux des membres supérieurs semblent un peu vifs. Réflexes cutanés faibles. Absence de Kernig. Pupilles dilatées paresseuses à la lumière. Stigmates somatiques de dégénérescence à la face. Pas de gâtisme.

8 février. — Aggravation de l'état mental. G... ne manifeste aucun désir et passe dans son lit la plus grande partie de la journée. Il n'a écrit à sa famille, sur nos sollicitations

répétées, que deux ou trois lettres courtes et banales. Il y a quelques jours, nous avons essayé de l'intéresser à des travaux manuels, mais sans succès. Il travaillait d'une façon automatique, sans paraître avoir du goût pour ce qu'il faisait. Bientôt ces occupations le fatiguent, il a dû s'aliter à nouveau, de plus en plus stuporeux et inattentif, les paupières constamment baissées, n'adressant de lui-même jamais la parole à son entourage. L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien a donné les résultats suivants : très légère lymphocytose. Réaction de fixation négative. Pas de syphilis avouée. G..... est évacué sur l'intérieur, le 23 février 1919.

Nous citerons encore une observation d'état stuporeux. Cette observation prise par M. le Dr Abely nous a été très aimablement communiquée par Mlle le Dr Serin.

OBSERVATION II. — En avril 1916, R.... est commotionné par l'explosion d'une mine, sans blessure. Stupeur immédiate. Il est évacué sur un hôpital où il entre le 29 avril 1916. Pendant trois semaines il reste dans la stupeur, l'inconscience les plus complètes. Il est gâteux. Quand il sort de cet état, il présente une amnésie totale de tout ce qui s'est passé depuis sa commotion. Il n'a pas souvenir de l'éclatement de l'obus. R.... paraît s'améliorer un moment à la suite de la visite de ses parents, puis il retombe dans un état de prostration complète. Il est évacué sur le Val-de-Grâce où il entre le 22 juillet 1916.

Là, on note : Confusion, délire confus, accès d'excitation.

Il est transféré à Saint-Maurice avec le certificat suivant (Briand et Chauffard) : Confusion mentale post-commotionnelle avec hallucinations et impulsions, désorientation dans le temps et l'espace, onirisme. Il se croit au Panthéon, où il assiste à une séance ; des voix lui donnent des ordres. Quelques idées de suicide. Attitude déprimée. Excitation par intervalles. Tendance au négativisme, etc...

A Saint-Maurice, on ne constate aucune amélioration. Le malade est complètement incohérent et inconscient, extrêmement négativiste, habituellement gâteux. Il présente par moments des impulsions violentes, se lève brusquement en proférant des mots grossiers. En novembre 1917, il brise si violemment une vitre qu'il se fait une très grave blessure. Actuellement ce malade se montre absolument indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il est impossible d'éveiller son attention. Il n'écoute pas et ne répond pas. Constamment couché, il parle seul sur un ton très bas. Il est difficile de saisir le contenu de cette soliloquie ; on ne perçoit que quelques mots ordinaires et quelquefois des néologismes. Les souvenirs de guerre sont impossibles à évoquer et n'éveillent chez le malade aucun intérêt. Il est docile avec les infirmiers.

En somme, R.... présente un état d'affaiblissement intellectuel profond, d'indifférence, avec abolition de l'activité, gâtisme, négativisme, soliloquie et néologismes. Cet état survenu progressivement, et dont les premiers troubles se sont manifestés dès que le malade est sorti de la stupeur post-commotionnelle, semble se rattacher directement à cette commotion.

Ces états confusionnels, stuporeux et prolongés de pronostic en général très défavorable, ne sont heureusement pas des formes fréquentes. Dans la majorité des cas, c'est un syndrome d'inertie plutôt que de stupeur que l'on observe. Ces malades passent au lit des journées entières si l'on ne prend pas la peine de les habiller ou bien ils restent seuls, debout dans un coin ou assis, immobiles, le regard vague, les traits figés ; leur physionomie traduisant non pas la tristesse, mais un vide psychique plus ou moins accentué. Calmes, ils ne parlent pas et on doit les secouer pour obtenir d'eux des réponses vagues, monosyllabiques. Ils paraissent n'avoir aucun ennui et n'être pas troublés de leur présence à l'hôpital. Pourtant par instants, leur confusion s'atténue pour faire place à des périodes d'anxiété. A travers ses sanglots, le malade parle de châtiments mérités pour des crimes dont il s'accuse. Il veut expier et demande d'aller en prison ; le sort des siens l'inquiète, ou va tuer sa femme, ses enfants à cause de lui ; mais le tout est débité d'un ton monotone, le thème délirant est pauvre, stéréotypé, sans cohésion. C'est dans ces cas que le suicide peut s'observer ; il est toutefois rare, car la confusion et l'asthénie dominent la scène et l'automatisme moteur est très ralenti.

L'examen de ces malades traîne en longueur ; il est difficile, pénible et montre avec netteté le gros ralentissement des processus intellectuels, la bradypsychie, l'incohérence, les gros

troubles de l'attention et de la mémoire, etc.

Nous citerons 3 observations comme illustration de ces formes confusionnelles.

La première présente un gros appoint émotionnel, l'atteinte organique n'a pas été mise en évidence. Nous la publions néanmoins dans ce travail, en raison de sa symptomatologie à type dépressif typique.

OBSERVATION III. — R... Candie, femme E..., âgée de 31 ans, entre le 4 avril dans le service de M. le Professeur Claude pour y être expertisée en raison des troubles mentaux qu'elle présente et qui paraissent relever d'un traumatisme crânien.

Le 29 décembre 1929, le taxi dans lequel se trouvait Mme R... a été tamponné par un camion ; la tête de la malade a porté dans l'avant de la voiture. Ecchymose orbitaire. Frayeur. Elle rentre chez elle et se couche. Insensiblement des troubles mentaux se développent et nécessitent le 4 janvier son transport à l'hôpital Henri-Rousselle. A l'entrée, elle présente un état confusionnel marqué avec turbulence, alternative de rires et de pleurs. Le lendemain un état stuporeux, un mutisme absolu, une flexibilité cirreuse ont remplacé l'excitation de la veille. Mais par instants, la malade sort de cet état, se traîne à genoux, implorant son pardon et ne peut être maintenue au lit ; elle s'alimente mal. L'examen du liquide céphalo-rachidien est négatif.

Le 9 janvier, elle entre à l'Asile de Maison-Blanche, avec le certificat suivant : « Est atteinte de confusion mentale. Désorientation. Propos décousus. Gémissements. Idées délirantes mal systématisées de type mélancolique. Agita

tion. Déambulation incessante. Résistance. S'alimente difficilement. D'après l'entourage, début brusque il y a une dizaine de jours à la suite d'un accident de taxi. A l'entrée traumatisme orbitaire. Ponction lombaire négative. Suppression des règles au moment de l'accident. L'état actuel de Mme R. nécessite son placement dans un Asile d'aliénés (signé Dr. J. Dublineau).

A son entrée dans le service du Dr Beaudouin, aspect confusionnel, ainsi qu'en témoigne ce certificat : « Présente actuellement des troubles mentaux à prédominance dépressive : aspect général affaîssé, sans expression marquée de tristesse ; périodes d'inquiétude entre le moment de son entrée et celui de l'examen. Expression d'idées mélancoliques monotones à thème d'auto-dépréciation : on a fait le divorce, elle est cause que sa mère doit avoir divorcé. Elle est la cause de beaucoup de désordres. Craintes d'ordre hypochondriaque : elle a attrapé la syphilis avec un appareil tragique. Ton dolent, mimique inexpressive ; soupçon d'infériorité intellectuelle : imprécision, erreurs de calcul simple, incapacité de définir correctement des objets usuels. Désorientation, troubles du sommeil, probabilité de cauchemars dont elle exprime mal la teueur : elle a peur de ces hommes qui viennent dans sa chambre. Absence semble-t-il d'accès antérieurs (Dr Beaudouin).

Peu à peu, les symptômes de la série confusionnelle diminuent d'intensité et se réduisent en mars à quelques troubles de l'orientation, de la mémoire, du cours des idées, mais l'état mélancolique est toujours très marqué lorsqu'elle est transférée à Saint-Anne, dans le service de la clinique.

Son facies est alors peu expressif, un air vague souriant,

indifférent et figé. L'inertie des processus psycho-moteurs est très marquée comme le montre l'interrogatoire du 6 avril. Aucune initiative de sa part dans la conversation. Les réponses arrachées avec peine sont courtes et anidéiques, la parole est lente, monotone, le timbre en est stéréotypé, la moindre insistance dans l'interrogatoire déclenche des pleurs la malade prend alors une attitude accablée, se confinant dans un mutisme absolu.

D. — Etes-vous malade ?

R. — J'ai été malade... j'ai été malade...

D. — Quelle maladie ?

R. — J'ai été malade... je ne sais pas... je ne sais pas monsieur...

D. — Depuis quand ?

R. — ... Je ne sais pas...

D. — Où étiez-vous avant de venir ici ?

R. — ... J'étais là-haut à Maison-Blanche... (la malade se met à pleurer ; ne fait plus aucune réponse).

Le 11 avril, l'attitude est la même, mais le facies paraît plus expressif, l'inhibition est moins marquée et la malade dit se sentir mieux, elle fait un peu de couture. Elle se montre toujours très réticente sur sa phase confusionnelle, ne sait pas si elle était anxieuse, si elle demandait pardon ; en poussant l'interrogatoire, la persistance des idées mélancoliques et des troubles intellectuels se manifeste encore, mais d'une façon assez peu précise. C'est surtout de la bradypsychie, de la fatigabilité de l'attention, des réactions émotives que montre l'examen. Enfin, l'aspect atypique de cette dépression sans douleur morale, de ces demi-sourires, du vague du regard, de l'indifférence manifeste,

frappent avant tout l'attention. L'activité générale est parallèlement ralentie. On doit habiller la malade, la pousser à manger ; elle ne prend jamais part aux conversations avec les autres malades et les infirmières. Mais cet état s'améliore peu à peu ; la confusion et les idées délirantes s'atténuent et le 28 avril, le rapport d'expertise étant terminé, R... rejoint Maison-Blanche d'où elle sort le 15 mai, 5 mois après le traumatisme ; nous n'en avons depuis reçu aucune nouvelle.

Nous joignons ici le rapport d'expertise qu'a bien voulu nous communiquer M. le Professeur Claude.

« Je soussigné, Dr Henri Claude, Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine, commis par ordonnance rendue sur minute du 6 mars 1930 du Tribunal civil de la Seine, avec mission d'examiner la Dame C. de constater son état actuel à la suite de l'accident survenu le 29 décembre 1929 ;

Ai procédé à la mission qui m'était confiée, examiné la Dame C... en présence du Dr Codet, médecin de la Cie d'Assurances la « Franco-Asiatique », après avoir tenu en observation la blessée dans mon service un certain temps, recueilli les renseignements de la bouche de son mari et consigné le résultat de mes investigations dans le présent rapport.

Le 29 décembre 1929 la Dame C... 31 ans, arrivant à Paris de l'Aveyron pour soigner un de ses parents, prend un taxi à la gare et dans le trajet sa voiture est tamponnée par un camion. Elle ne présente pas de blessure apparente, en dehors d'une ecchymose conjonctivale due à ce que la figure aurait porté sur l'avant de la voiture ; mais elle eut très

peur. Rentrée chez sa parente, elle dut s'aliter et faire venir un médecin. Peu à peu, des troubles mentaux s'installèrent de telle sorte que son mari arrivé trois jours plus tard dut la conduire à l'hôpital Henri-Rousselle, le 4 janvier 1930. Là, elle fut soumise à l'examen du Dr Dupouy, qui jugea son internement nécessaire dans un certificat du 9 janvier. Mme C... présentait en effet des signes de confusion mentale : hébétude, désorientation, illusion de reconnaissance, avec des phénomènes de dépression mélancolique, tristesse, vagues idées de culpabilité, agitation désordonnée, anxieuse. La ponction lombaire fut négative. Transférée à l'Asile de Maison-Blanche, Mme C... s'améliora progressivement. Le Dr Beaudouin certifie, le 4 avril, que l'amélioration de l'état confuso-anxieux se poursuit, mais il subsiste de l'inquiétude par intervalles et des idées d'ordre mélancolique. La blessée s'accusait de fautes imaginaires et manifestait des idées de suicide.

Pendant le temps qu'elle resta en observation dans mon service, Mme C..., se montrait encore un peu confuse. C'est ainsi qu'elle croyait retrouver son frère mort depuis dix ans, mais elle reconnaît avoir été malade. Elle ne s'exprimait que lentement, elle pleurait facilement, tout en se montrant indifférente et distraite. Peu à peu on la vit s'intéresser au service, demander à s'occuper. Elle reçoit avec plaisir la visite de son mari. Néanmoins, de temps en temps, elle exprimait encore des idées de culpabilité, tout en se demandant pourquoi on l'accuserait. Enfin, on vit progressivement son activité augmenter, son indifférence s'atténuer ; alors qu'auparavant elle ne tenait pas à quitter l'hôpital, déclarait même qu'il vaudrait mieux qu'elle reste, elle récla-

maît sa sortie, demandait à rentrer chez elle où ses occupations et ses enfants la réclamaient.

Nous avons donc rédigé le 28 avril un certificat de transfert à Maison-Blanche : « amélioration de la dépression mélancolique, disparition de la confusion et des idées délirantes ainsi que des idées de suicide. Débilité mentale. Peut être renvoyée à Maison-Blanche en vue de sa sortie. »

*Discussion.* — La Dame C... n'avait jamais eu de troubles mentaux avant l'accident du 29 décembre 1929. Un certificat de son médecin, en date du 10 février 1930, nous indique qu'il la connaît depuis longtemps, et qu'il l'a toujours vue gaie, travailleuse, saine d'esprit. Les troubles psychiques survenus progressivement aussitôt après l'accident se sont donc développés sous l'influence du traumatisme et de l'émotion. On comprend aisément que cet femme, cultivatrice, débarquant à Paris où elle se trouve déroutée et subissant un accident de voiture, ait été très vivement émue. D'autant plus qu'il semble bien que son état psychique, sans être défectueux, était peut-être d'un développement médiocre.

Les troubles présentés par Mme C... étaient ceux que l'on observe dans les psychoses traumatiques : dépression, anxiété, confusion et idées délirantes : auto-accusation, culpabilité, de type mélancolique.

Ces troubles se sont améliorés progressivement et Mme C... en quittant notre service, avait abandonné ses idées délirantes, reprenait conscience de son état, sortait de son indifférence et manifestait réellement le désir de rentrer chez elle.

Nous pensons donc que cette personne est en voie de gué-

risson et qu'elle doit être, à moins de rechute accidentelle, en état de reprendre sa place à son foyer, tout en ménageant ses forces et se réadaptant peu à peu à la vie normale. Ce sera sans doute aussi l'avis du médecin traitant la Maison-Blanche. La convalescence de la dame C... se poursuivra donc pendant quelques mois encore, et il y a lieu d'estimer que sa guérison sera définitive dans six mois environ.

*Conclusions.* — 1<sup>o</sup> La dame C... a été atteinte à la suite de l'accident du 29 décembre 1929 de troubles mentaux, réalisant le tableau de la psychose traumatique et qui sont la conséquence de l'accident ;

2<sup>o</sup> La dame C..., a été dans un *état d'incapacité totale* pendant la durée de son séjour à l'hôpital ;

3<sup>o</sup> Il y a lieu de penser que si la sortie de l'hôpital s'effectue prochainement, cette personne devra être considérée comme convalescente pendant six mois environ, à la suite de sa rentrée à la maison, et son incapacité pourra être évaluée pendant cette période à cinquante pour cent (50 %) ;

4<sup>o</sup> Il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation du dommage causé d'un *prétium doloris assez important*.

Paris, le 8 mai 1930. »

OBSERVATION IV. — Le soldat D... fait le 6 juin 1925 une chute de cheval sur la tête. Perte de connaissance avec otorrhée abondante bilatérale. Il dit n'avoir repris connaissance que quinze jours après son accident.

Les radiographies ont montré un désengrènement avec diastasis de la suture pariéto-temporale droite dans la région inférieure et une fissure du crâne au niveau de l'angle supérieur de l'occipital et de la région paramédiane pos-

térieure droite du pariétal droit. Hors de cause au point de vue chirurgical, D... a été évacué le 20 juin dans le service de neuro-psychiatrie.

A son entrée dans le service il présentait un état confusionnel marqué. L'attitude inquiète, le regard morne, son inertie était complète ; il restait auprès de son lit aux heures des repas sans suivre au réfectoire les camarades de sa salle. Il était comme un enfant qu'il faut prendre par la main pour lui faire accomplir les actes les plus simples. Sa parole était lente, ses phrases n'étaient souvent qu'un rabachage de mots mal coordonnés, qu'il prononçait à voix basse, pour lui seul. Il manifestait parfois l'intention de sortir immédiatement de l'hôpital pour rejoindre son Corps ou s'occuper des affaires de sa famille, ou bien des accès de larmes paraissant non motivés, le secouaient.

D'après les renseignements pris à son corps nous savions qu'avant son traumatisme il avait toujours fait preuve d'une activité physique et psychique normales. D'autre part, au cours d'une première hospitalisation au Val de Grâce, dans un service voisin, il s'était montré très actif, dévoué et toujours prêt à rendre service autour de lui.

Peu à peu, l'état confusionnel s'atténue, la conversation redevient possible, la mémoire très troublée au début se précise, mais l'inquiétude persiste et s'accompagne d'un état dépressif avec lenteur de la parole qui reste monotone et réduction de l'activité générale. Aucun signe de lésion organique du système nerveux. Réflexivité normale. Vue normale, audition affaiblie, pas de troubles de l'équilibre ni de la marche. Les autres organes sont également sains. Cœur normal : T. A. = 14,5-8 au Pachon.

Sorti du Val-de-Grâce le 23 juillet 1925, en congé de convalescence, D... aurait, au cours de sa convalescence, perdu connaissance deux fois et se serait débattu pendant ces évanouissements (crises comitiales) ; fréquents vertiges, céphalées intenses, aurait eu un écoulement hématique de l'oreille droite.

Il est rehospitalisé en octobre 1925. A l'examen : faciès triste, parole lente et monotone ; il immobilise sa nuque parce que les mouvements de la tête sont douloureux à cause des céphalées très vives. Etat dépressif accusé. Se plaint de troubles de la vue (examen négatif). Inquiet du sort de sa famille comme au début de son précédent séjour dans le service.

L'examen des oreilles montre à droite un tympan épaissi, infiltré, rétracté, sans trace de perforation, type de tympan cicatriciel. Voix chuchotée = 0 m 75. Rinn positif. Pas de déséquilibre net, pas de troubles labyrinthiques. En résumé, tympano-sclérose droite... Le B.-W. sanguin est négatif, les urines normales.

Il existe donc une amélioration de l'état confusionnel présenté antérieurement ; mais cette amélioration reste précaire. Le bruit irrite le malade, les insomnies sont encore fréquentes, il se plaint de « tournements » dans la tête au réveil et pleure souvent comme un enfant.

Sorti du Val-de-Grâce le 12 décembre 1925, D... revient à l'hôpital le 19 février 1926. Au cours de son congé son activité est restée très limitée. Il ne s'occupait que de petits travaux de maison, faisant le ménage. N'a entrepris aucun travail suivi.

Actuellement, le faciès triste, les traits tendus, le front

barré de rides profondes. il se présente comme un hypocondriaque ; il se plaint toujours de « troubles » de tête : « c'est des choses qui m'élancent dans le cou, dans le côté » dit-il. Il emploie des termes vagues, imprécis « chose » « machin ».

Fatigues physique et psychique intenses. Il fait effort pour répondre. Il se sent incapable de faire quoi que ce soit. Reste inerte toute la journée dans le service, ne peut qu'aider aux petits travaux. Les gestes sont lents ; fatigabilité extrême, même le jeu de cartes l'épuise. Il lui faut des camarades calmes. L'agitation, le bruit le font fuir. Mémoire assez bien conservée. Frigidité sexuelle complète : N'a plus eu de rapports sexuels depuis sa chute de cheval. Adiposité très marquée depuis décembre dernier. Aucun signe de lésion organique du système nerveux ni des autres appareils.

En somme : syndrome hypocondriaque consécutif à un état confusionnel provoqué par une fracture du crâne, désangrènement de la suture pariéto-occipitale droite (chute de cheval du 6 juin 1925). Inertie physique et psychique, préoccupation nosophobiques, puérilisme, pleurs, insomnie, céphalées, hypoacousie droite par tympano-sclérose cicatricielle (voix chuchotée perçue à 0 m. 75), frigidité sexuelle et adiposité. P. P. R. D. Invalidité 40 % (quarante).

OBSERVATION V. — Cl..., adjudant français de la Commission de contrôle à D... (Allemagne) allant à motocyclette, rencontre le 26 avril 1924 un cycliste qu'il renverse. Il heurte son guidon de la tête et tombe. On le relève dans un état comateux qui persiste jusqu'au 2 mai. Mais du 2 au 5 mai, le coma en regressant permet de constater des

signes de fractures des os propres du nez et de la base du crâne, avec paralysie de la 6<sup>e</sup> paire droite et un *état confusionnel* aigu avec désorientation, incohérence et surtout de gros troubles de la mémoire (amnésie lacunaire rétro-antérograde). Cl... ne reconnaît ni les lieux, ni les personnes, ne comprend plus le français, mais seulement l'allemand, dans ses mots les plus simples. Il ne se rappelle aucun nom propre, pas même celui de ses parents, aucune date. Autrefois très bon violoniste, il présente une amusie totale. Ces troubles de la mémoire ne s'améliorent que très lentement. Ils se compliquent d'un *état dépressif accentué avec préoccupations nosophobiques variées à caractère obsessionnel et réactions anxieuses intermittentes*.

Dirigé le 2 juin 1924 sur le Val-de-Grâce, la radiographie révèle une fissure transversale de l'étage moyen droit. La paralysie de la 6<sup>e</sup> paire persiste. Le syndrome psychique ne régresse que très lentement. A une sortie de l'hôpital, fin septembre 1924, Cl... conserve de gros troubles de la mémoire, un certain ralentissement des facultés intellectuelles, et surtout un état obsessionnel accentué.

Suivi depuis par correspondance, l'état du blessé, 6 ans après le traumatisme, s'est partiellement amélioré, mais le sujet a dû abandonner sa situation militaire et ne peut plus remplir qu'un emploi secondaire dans le commerce.

### *B. Formes confusionnelles aiguës à caractère maniaque.*

Tout autre paraît être, au premier abord, le tableau clinique de la forme confusionnelle aiguë, à

caractère maniaque, que nous allons étudier maintenant.

Le faciès du malade est vultueux, les conjonctives injectées ; il est en proie à une agitation motrice intense, il va, vient, se lève sans arrêt ; le maintenir au lit est impossible. L'excitation intellectuelle est souvent au maximum ; les cris, les chants, succèdent sans transition aux injures prononcées dans des accès de colère dont la brusquerie et la violence sont souvent inattendues. Malgré l'incohérence des propos, les réponses à côté, la désorientation, les troubles maniaques ; cette excitation psychique à type de « moria » peut cacher un peu l'affaiblissement intellectuel par la logorrhée, la tendance aux jeux de mots et aux plaisanteries que l'on trouve parfois, comme c'était le cas chez le malade que cite Bouttier dans sa thèse : A la question : quel jour sommes-nous ? celui-ci répondait : « la veille de demain » ou bien remarquait, lorsqu'on lui offrait de l'eau à boire « cela vaut mieux que du mauvais vin ».

En réalité, l'affaiblissement psychique apparaît dès que les méthodes d'examen se font un peu rigoureuses.

OBSERVATION VI. — Elève officier Pl..., fait, le 8 octobre 1927 à 23 heures, une chute de 4 mètres, par une trappe à incendie. Coma, trépanation. Fracture du pariétal gauche. Trait de fracture irradié à la base. Embarrure de ce fragment qui ne veut se maintenir après avoir été relevé. Abla-

tion. Pas de lésion de la dure-mère. Pendant 8 jours, sub-coma. Incontinence d'urines, paraphasie, agitation psychique et motrice. Le 8<sup>e</sup> jour, une ponction lombaire ramène un L. C.-R. normal ; mais l'état confusionnel aigu à forme onirique se précise et se maintiendra plus d'un mois.

Pl... se voyait faisant la guerre dans l'aviation avec Fonck et Nungesser, il se croyait Maréchal de France, invitait le médecin à sortir de sa chambre en l'invectivant et en le menaçant de 6 jours d'arrêt. Il reconnaissait sa mère, son frère, mais ne se souvient plus actuellement de leur visite. Amnésie partielle des faits ayant eu lieu pendant les trois jours précédant son accident.

Voici un extrait d'une lettre adressée à M. le Professeur Fribourg-Blanc, où le jeune malade raconte cette période confusionnelle : « Je m'excuse, M. le Professeur, de ne pas vous avoir communiqué plus tôt les souvenirs que j'ai du délire qui a suivi la chute que j'ai faite à l'école : je vais tâcher de reprendre mes souvenirs par ordre.

Le délire conséquent au traumatisme a dû commencer, à ma connaissance, deux ou trois semaines après la chute. Aspirant à entrer dans la cinquième arme, avant ma chute, tous mes cauchemars sont, à cette date, emplis de combats aériens livrés pendant la grande guerre. Mes compagnons de lutte sont dans mon rêve : Pelletier d'Oisy, Nungesser, Fonck. J'ai une particulière amitié pour Pelletier d'Oisy. Mes victoires aériennes me font monter en grade, je deviens alors Colonel puis Général aviateur. N'ayant plus l'occasion de voler, je demande à passer dans l'infanterie ; fantassin et Général je défends la tranchée du Mont Corniller ; devenu divisionnaire, puis Chef de Corps d'armée, je

défends les tranchées du Mort Homme et de Douaumont.

Voici ce que ma mémoire retient de mes hantises d'honneurs et de gloire. De mes paroles, dans la période qui suit, je me souviens avoir dit dans l'ordre :

1° J'étais de grand'garde à Douaumont et j'ai reçu deux cent cinquante balles de mitrailleuse dans le ventre ;

2° Deutschland Uber Alles ! Vive le Kaiser ! La France au-dessous de tout : Je suis feldvebel au 12<sup>e</sup> Prussien à Berlin, et quand nous aurons la guerre avec ces cochons de français, ma baïonnette sera la meilleure pour ne pas faire de quartier ;

3° Le lendemain de cette deuxième phase, deux médecins viennent me voir au matin, dont je pense, le chirurgien qui m'a sauvé la vie. Je leur dis : « Je suis Général de Corps d'armée et Maréchal de France, si vous ne sortez pas, c'est six mois d'arrêts de rigueur ! Bon ! ce n'est pas fait ?... soldats, baïonnettes aux canons, et emmenez-les !.. c'est six mois !.. »

4° Enfin, je me souviens avoir tenté de boxer Monsieur le Médecin Principal C..., à qui je dois tant. J'ai raté mon coup, heureusement ».

Ensuite, régression progressive, mais avec des phases de dépression et d'excitation. Vertiges.

Pl... entre le 8 décembre dans le Service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ni héréditaires. L'examen montre une perte de substance osseuse temporo-pariétale gauche, de 3 cmc. de côté, avec cicatrice impulsive et pulsatile. L'examen neurologique est entièrement négatif ; mais au point de vue psychique, sont à signaler des alternatives de phases

dépressives avec inquiétude, pleurs, cauchemars, sentiment d'infériorité, et de phases de grosse excitation psychique et motrice avec colère, impulsions et violences. Irritabilité très marquée. Néanmoins, l'amélioration se fait peu à peu, pendant un long congé et le 3 octobre Pl... rejoint son école avec le billet suivant :

« Ne présente plus actuellement aucun trouble des facultés intellectuelles. L'état confusionnel post-traumatique présenté par le sujet, n'a pas laissé de traces appréciables ; sa mémoire, son attention spontanée et volontaire, son jugement et son raisonnement sont normaux. L'examen neurologique ne décèle aucun signe de lésion en foyer du système nerveux.

La brèche crânienne pariétale gauche est recouverte par une cicatrice en partie solide, non pulsatile et peu impulsive à la toux. Le port d'une plaque protectrice ne paraît pas recommandable. Cette plaque serait plus gênante qu'utile. Son état nécessite cependant quelques ménagements. »

\*

Mais malgré son vif désir de reprendre la vie active et malgré l'ambiance de sympathie que ses chefs et ses camarades s'efforcent de créer autour de lui, Pl... ne parvient pas à se réadapter. !

Dès sa rentrée, il accuse une fatigue extrême au moindre effort. Le mouvement, le bruit provoquent chez lui de violentes céphalées, des vertiges. Les nuits sont agitées ; il est prostré au réveil ; la moindre observation déclenche de vives réactions coléreuses. L'échec de cette courte expérience

le plonge dans un profond découragement. Désesparé, il vient échouer plusieurs fois à l'infirmerie. Un jour, surtout, plus soucieux, plus las que d'ordinaire, il accourt et se confie au médecin. Voici ce que celui-ci nous écrivait ensuite, en évacuant de nouveau Pl... sur le Val-de-grâce.

« A la suite de ces incidents, je conclus au bout de quelques jours, qu'il serait dangereux de garder cet élève à l'Ecole. Cependant, pour ne pas m'exposer aux regrets d'une décision trop hâtive, j'ai demandé de remettre à l'entraînement Pl... après avoir demandé pour lui et sans qu'il le sache, les plus grands ménagements. L'expérience n'a pas été favorable. Trois jours après, et il y avait un dimanche dans ces trois jours, il revient échouer à l'infirmerie. Il a hâte d'être dans son lit ; sa figure est angoissée, ses traits sont pâles. Tout son être est tendu, malheureux. Je vais m'asseoir à son chevet ; il fond en larmes me disant qu'il est à bout, qu'il n'en peut plus. Je lui dit tout doucement qu'il faudra renoncer à insister. Et comme soulagé, il me dit : « Vous avez raison, je ne peux pas être officier. » Il me raconte alors tout ce qui suit, et qu'il m'avait caché jusqu'à ce moment.

En avril 1928, à son retour de M... il exprime à ses parents son désir de revenir à l'Ecole. Sa famille s'y oppose, mais doucement pour ne pas le heurter. Il entre dans un tel état de fureur, qu'il écrit séance tenante au Colonel commandant l'Ecole une lettre de démission. Ses parents refusent d'envoyer cette lettre et la déchirent. Alors, au paroxysme de la colère, il se donne des coups de poings sur la tête. Il veut partir de chez lui, mais son frère le retient.

Le 9 juin, il va à une fête donnée à l'Ecole X.... Il assiste

à une exhibition de « Bar apache ». A ce moment, un élève caché sous une caisse tire en l'air un coup de revolver à blanc. Il en reste terriblement saisi et tremblant. Il a des vertiges qui persistent  $\frac{1}{4}$  d'heure et l'obligent à aller se reposer dans la cour de l'Ecole. Cet état émotif dure toute la soirée ; après dîner, il est encore tout désorienté et ne peut pas faire sa partie de cartes habituelle.

Au mois de juillet il est à M... dans sa famille. Il raconte un concours d'escrime qui lui a valu d'être champion. Sa mère passe et lui dit en riant : « tu te vantes, on voit que tu es du Midi ». Là-dessus Pl... entre dans un état violent, répond avec éclat à sa mère, criant très haut : qu'il est indigne d'attenter à sa parole », et, tête nue, il va s'exposer pendant  $\frac{1}{2}$  heure en plein soleil « pour en finir avec la vie ».

Pendant la période qui a suivi, l'idée du suicide l'a hanté. Un jour, à la suite d'une discussion avec son frère, il cherche un revolver d'ordonnance qu'il sait être caché dans la maison et pendant cette journée, il garde l'idée fixe de se tuer.

Enfin tout récemment, lundi dernier, étant en permission, dans sa famille à Paris, il descend sur le quai du métropolitain. Il voit venir la rame sortant du tunnel et se sent attiré par le vide sous cette rame qui approche ; mais il tend sa volonté et résiste. »

Les idées de suicide, nous confiait-il par la suite, ne cessent de m'envahir depuis l'an dernier. Quand je compare ce que j'ai été et ce que je suis devenu, je suis découragé, je ne peux plus fixer mon attention. Ma mémoire est tout à fait déficiente, alors que j'ai été premier prix de physique et de

chimie au Lycée St-Louis, grâce à une mémoire exceptionnelle. En histoire, j'avais de très bonnes notes ; je me demande aujourd'hui à quoi a servi tout cet effort.

A ces idées de suicide, se joignent des idées de rancune contre les camarades qui ont causé son malheur, et qui sont aujourd'hui officiers. Je voudrais me venger, mais me dis « à quoi bon ? » je réfléchis et je pense : « Pourquoi les provoquer en duel ? Autant vaut un suicide, alors ce sera fini. »

Ses accès d'irritabilité sont de durée variable d'un quart d'heure à une heure et parfois une demi-journée. Ils se renouvèlent environ deux fois par mois. La pitié d'autrui, l'irritant, les déclanche.

\*

Le 2<sup>e</sup> examen organique ne révèle encore aucune lésion organique du système nerveux ; la station, la marche et l'équilibration sont normales. Pas de diminution de la force musculaire ; pas d'altération des réflexivités tendineuse, cutanée ni pupillaire. Pas de troubles de la coordination motrice. Sensibilité objective normale à tous les modes. Du côté des nerfs craniens, l'intéressé signale une légère diminution de l'olfaction qui serait apparue après la fracture du crâne.

Pas de diminution de l'acuité visuelle. Motricité oculaire normale. Facial normal.

L'examen des fonctions auditives montrait :

Une absence de troubles de l'audition (tympan normal). Voix chuchotée entendue à 80 cm. mais de légers troubles de l'équilibration caractérisée par :

a) Légère instabilité avec tendance à la chute vers la gauche dans le Romberg sensibilisé ;

b) Déviation nette en marche arrière, marche avant, marche arrière ;

c) Troubles subjectifs, vertiges intermittents avec tendance à la chute vers la gauche.

Rien d'anormal à l'examen des dernières paires crâniennes.

Le reste de l'examen était négatif.

Il s'agissait donc bien d'un cas de syndrome neuro-psychique des trépanés, consécutif à un accès de confusion mentale aiguë, délirante, ayant duré un mois après le traumatisme, compliqué par la suite de séquelles psychiques consistant en irritabilité, impulsivité, colères violentes, tendances dépressives avec idées de suicide intermittentes, céphalées et légers troubles de l'équilibration.

Le repos et la médication sédatrice firent alors disparaître peu à peu les troubles et après un nouveau congé, le blessé peut reprendre sa place à l'Ecole. Grâce à des ménagements tout particuliers, il termina sa scolarité et fut affecté comme sous-lieutenant à un régiment où on lui confia un service modéré. Revu en consultation en mars 1930, deux ans et 1/2 après l'accident, Pl... ne présente plus qu'un reliquat léger de son syndrome post-traumatique ; céphalées intermittentes, dysmnésie, fatigabilité intellectuelle, troubles de l'humeur passagers et atténués. Courtes phases de lassitude morale.

OBSERVATION VII. — Per... est hospitalisé d'urgence dans la nuit du 1<sup>er</sup> au 2 juin 1927 à la suite d'un violent traumatisme du crâne. Projeté en l'air par un taxi, il est retombé sur la tête. Coma, pouls lent très irrégulier. Vomissements.

Epistaxis, sans aucun signe clinique de lésions du nez.

*Examen.* — Petite plaie contuse de la région occipitale sans trace apparente de fracture. Gros hématome au sommet de la tête ; pupilles normales réagissant à la lumière. Résolution musculaire totale mais pas de signe de paralysie.

La ponction lombaire ramène 25 cmc. de sang presque pur. Le pouls peu après passe de 40 à 60 et se régularise.

3 juin. — L'état comateux est moins prononcé, mais l'on n'obtient que des réponses vagues aux questions qui sont posées. Agitation motrice. Une nouvelle P. L. ramène 30 cmc. de sang presque pur. Antisepsie de la bouche, des oreilles et du nez.

6 juin. — Amélioration de l'état général. La ponction lombaire ne donne plus que 25 cmc. de liquide rosé, bien moins teinté. Puis, le coma s'accroît de nouveau avec incontinence des matières et des urines. Par ponction lombaire on obtient : liquide jaune-orangé avec tendance à l'aspect purulent. Température 39°. Pouls 120. Agitation.

Puis, escharres fessières. Incontinence. Chute de température à 37°. Pouls rapide.

25 juin. — Température 36°8. Pouls 76. Incontinence absolue. Désorientation complète. Excitation psychique. Agitation motrice. Brutalité vis-à-vis du personnel. Résistance aux soins. En somme, état confusionnel aigu, qui fait évacuer le malade sur le service de Neuro-Psychiatrie.

A l'arrivée dans le service, l'état d'excitation motrice dans laquelle se trouve le blessé nécessite son alitement dans une chambre d'isolement. Tout examen est impossible ; il se lève sans cesse, gesticule, menace de frapper, résiste aux

soins, jette la boisson qu'on lui offre. Il crie, gémit, crache sans cesse. Logorrhéique, incohérent, il ne répond à aucune des questions qu'on lui pose. Il ne paraît pas du reste se douter de la situation où il se trouve, ni se souvenir de l'accident qui a nécessité son hospitalisation. Une injection de somnifère le calme pour une demi-journée.

27 juin. — Nuit agitée pendant laquelle le malade essaie sans cesse de se lever. Incontinence des urines et des matières. Tendance à l'agressivité. Opposition. Une ponction lombaire est pratiquée après injection de somnifère. L. C.-R. xantochromique, sucre 0,45, albumine 0,80 ; 60 lymphocytes par mmc., pas de germes à l'examen direct.

28 juin. — L'agitation s'apaise. Le malade s'alimente et laisse pratiquer les soins que nécessite son état. Apyrexie.

28 août. — Grosse amélioration. P... a pu être mis dans une salle commune des locaux d'isolement. Toutefois, une tentative faite pour le remettre en contact avec le milieu extérieur a donné de mauvais résultats.

Quelques idées délirantes encore, concernant en particulier ses droits a une permission pour laquelle il a présenté le matin même un titre à la signature.

Alimentation, sommeil et caractère actuellement normaux.

*La radiographie* du crâne montre une déhiscence de la suture sagittale sur toute son étendue, avec léger soulèvement de la voûte dans la région sincipitale paramédiane gauche.

En somme, l'amélioration persistant, P... est proposé pour la réforme définitive n° 1. Invalidité 30 % (trente pour cent). Il sort le 20 octobre 1927, avec R. T. n° 2.

Les nouvelles reçues depuis sont restées excellentes.

Nous voyons dans ces formes maniaques l'automatisme moteur être à son maximum, les réactions médico-légales seront donc fréquentes, et ces états confusionnels entraîneront des délits qui pourraient avoir des conséquences graves si l'état psychique du malade n'était pas diagnostiqué.

Cette différence de comportement moteur entre le confus asthénique et le confus maniaque est en réalité la seule dissemblance entre ces deux formes. L'examen psychiatrique révèle la même déchéance du fond mental, aussi peut-il paraître un peu superficiel de les séparer franchement d'autant plus qu'un même sujet (l'observation VI le montre), peut tour à tour les présenter au cours de sa période confusionnelle aiguë.

Leur évolution est identique. Les observations que nous venons de publier le montrent. Très rarement ces formes agitées passent à la chronicité sous forme de manie chronique.

Nous résumerons ici, à titre d'exemple, un de ces cas d'évolution démentielle post-traumatique, à type de manie chronique, publié par MM. H. Claude, A. Borel et G. Robin (1).

OBSERVATION VIII. — Léonie R..., 38 ans, est victime d'un accident le 27 octobre 1922. Plaie de la région pariétale droite, avec fracture de la table externe ; intégrité de la table interne.

I. H. Claude, Borel et G. Robin, *Bull. de la Société Chir. de Méd. Ment.*, juin 1923, n° 6.

Après une première période d'obnubilation, excitation psychique avec turbulence qui nécessita son envoi dans un asile spécial, le 24 novembre 1922, un mois environ après le traumatisme.

A ce moment, plaie de la région pariétale postérieure droite en bonne voie de cicatrisation. Examen neurologique négatif, mais état mental caractérisé par une légère excitation psychique avec euphorie vague. Insouciance, inconscience de sa situation, désorientation dans le temps et dans l'espace. En même temps, quelques idées de grandeur et de satisfaction floues, non systématisées, absurdes : elle déclarait posséder plusieurs châteaux, avoir fait des études en Sorbonne, à la Faculté de Médecine. Elle dirigeait plusieurs fermes, etc...

Depuis cette époque, l'état ne s'est pas modifié. Souriante, le visage épanoui, haut en couleur, Léonie R... se présente coiffée d'un vieux képi d'infirmier trouvé dans une cour de l'asile et qu'elle a depuis adopté définitivement. Sur ses vêtements couverts de taches elle a accroché divers ornements : morceaux d'étoffe rouge, placés soit à la manière de galons, soit pour faire office de décorations. Elle se déclare en effet caporal. Ses jupes, au moyen d'épingles anglaises, ont été transformées en culottes. Enfin, elle porte comme un facteur une sorte de sacoche en toile noire dans laquelle elle place divers objets hétéroclites : boîtes, journaux, papiers, manuscrits, nécessaire à couture, etc... Incomplètement orientée, elle se sait à Saint-Anne, mais ne croit pas être à Paris.

Elle ne peut dire, de plus, à quel genre d'établissement appartient l'Asile : tantôt c'est une fabrique de confitures,

tantôt une prison, tantôt un hospice. Elle ne sait pas la date, hésite sur le mois et l'année, et a oublié depuis combien de temps elle est entrée : « Oh, c'est insignifiant », s'écrie-t-elle quand on le lui demande. La mémoire, comme on peut s'y attendre, présente des troubles marqués. Il y a d'abord une amnésie lacunaire totale de la période ayant immédiatement précédé et suivi l'accident. Interrogée à ce sujet, elle sait qu'il lui est arrivé quelque chose et remplit cette lacune mnésique par des fabulations extemporanées. C'est ainsi qu'elle a, pendant quelque temps, raconté qu'étant dans sa voiture de crémière, un chien l'avait renversée et fait tomber sur la chaussée. Une autre fois, c'est encore un chien qui aurait passé entre ses jambes pour saisir un morceau de viande. Une troisième version serait qu'elle a voulu secourir des gens sur la voie du chemin de fer. Les variations sont presque quotidiennes. Quand on lui fait remarquer ces contradictions, elle approuve et répond : « que cela n'a pas d'importance ».

Elle sait mieux qu'elle a été soignée dans un hôpital mais ne peut en dire le nom : Beaujon, Broussais, ou Petits Ménages, elle ne se souvient pas.

L'évocation des souvenirs anciens paraît également déficiente. Interrogée sur les grands événements contemporains, elle en intervertit souvent les dates ou répond tout à fait au hasard. Elle ne sait quand est survenue la fin de la guerre, ni l'armistice, pas plus qu'elle ne se souvient du nom des peuples alliés.

Quand on lui parle de sa vie, on constate également des variations fréquentes, montrant une tendance à la fabulation compensatrice. Les souvenirs récents, enfin, sont incom-

plets et vagues. C'est ainsi qu'elle ne sait plus le nom des internes qui la soignaient à son entrée.

L'attention est mobile, difficile à fixer longtemps. On ne peut obtenir un effort intellectuel suivi. Les jugements et les raisonnements affectent un certain déficit. Mais dès qu'il s'agit d'une opération comportant une certaine difficulté, l'insuffisance se marque aussitôt. Et ce sont des répliques au petit bonheur, parfois contradictoires, montrant l'impossibilité des opérations élevées de l'esprit.

D'ailleurs, à cet état manifeste de déficience, se surajoute une certaine excitation intellectuelle, excitation affectant le type hypo-maniaque. Sans qu'il y ait véritablement de la fuite des idées, on note des associations superficielles par assonance ou par contraste, par moment de la logorrhée ou des monologues plus ou moins cohérents. Le même trouble se marque dans divers écrits dont certains ne contiennent que des mots à même terminaison et dont l'ensemble paraît dépourvu de sens. Ce léger état d'excitation se traduit encore par une certaine aisance, de la jovialité avec euphorie vague, satisfaction plutôt qu'expansion. Docile et calme, en effet, Léonie R..... n'a jamais eu, depuis son entrée à l'Asile, de période d'agitation. Son activité est nulle. Et dans la cour, tantôt elle se promène, tantôt elle s'arrête lisant, ou mieux, semblant lire avec attention un morceau de journal. Elle accompagne les infirmières à la cuisine, aide à porter les marmites et effectue quelques ouvrages faciles, plus souvent encore ne fait rien. Son sort ne l'intéresse pas. Inconsciente de sa situation, elle paraît totalement indifférente. Elle ne demande aucune nouvelle de sa mère avec qui elle vivait et qui l'accompagnait le jour de

son accident. Elle ignore, du reste, que celle-ci en a été la principale victime et qu'elle a péri écrasée. Depuis plus de 6 mois qu'elle est internée, à peine lui a-t-elle écrit deux fois. L'absence de réponse ne la tourmente pas ; non plus que le manque de visites. Parfois, cependant, elle réclame sa sortie pour aller travailler, mais c'est une réclamation sans conviction, et bien vite elle retombe dans son indifférence euphorique. Enfin, à ce cortège symptomatique se surajoutent des idées délirantes de grandeur et de satisfaction. Elle a beaucoup de talent, elle sait tout faire, elle a étudié en Sorbonne avec un médecin-major. Elle possède des châteaux. Elle a eu de nombreux fiancés, tous partis à la guerre, mais elle en retrouvera autant qu'elle voudra. Comme Sainte-Anne est une section militaire, elle est ici pour commander, car elle a l'habitude du commandement. Elle dirige les corvées et les autos militaires ; elle travaille « dans la manutention ». C'est pourquoi elle est la femme-caporal et porte les insignes de ce grade, en même temps qu'elle se coiffe d'un képi d'infirmier, etc... etc.,.

Toutes ces idées d'ailleurs assez pauvres, ne présentent aucune systématisation et varient d'un jour à l'autre. Seul le fond euphorique reste constant.

L'examen physique n'offre rien de particulier à signaler. La plaie crânienne est maintenant cicatrisée. Tous les réflexes sont normaux. La malade enfin, est réglée régulièrement, au moins depuis son entrée à l'Asile.

Devant un pareil tableau, essentiellement caractérisé par une excitation intellectuelle légère, avec euphorie, et des signes d'affaiblissement psychique : troubles de l'orientation, de la mémoire et du jugement, inconscience de l'état mor-

bide, idées niaises de grandeur et de satisfaction, le diagnostic paraissait relativement simple à porter. Si, en effet, par certains côtés, notre malade rappelait l'état mental de la paralysie générale, l'absence de signes de syphilis cérébrale, les réactions biologiques normales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien permettaient de rejeter cette hypothèse. D'autre part, la notion de violent traumatisme cranien survenu un mois avant l'internement, devait faire songer à une psychose traumatique qui, après une première période de confusion avec amnésie lacunaire, laissait comme séquelle cet état à la vérité atypique, excitation à type hypomaniaque auquel s'ajoutait un affaiblissement intellectuel très appréciable.

Les renseignements que nous avons pu obtenir sur le passé de notre malade ont un peu modifié notre opinion.

Léonie R..., en effet, a toujours présenté des signes de déséquilibre intellectuel. Elle a dès son enfance toujours manifesté une certaine excitation psychique, faisait des plaisanteries douteuses, portait souvent des habillements bizarres qui faisaient rire sur son passage. Néanmoins, elle avait une activité relativement coordonnée et gérait avec sa mère une petite crèmerie, située dans la banlieue parisienne.

Quoi qu'il en soit, une aggravation nette s'est produite depuis le traumatisme cranien. Après une période confusionnelle ayant duré quelques jours immédiatement après le traumatisme et que signe l'amnésie lacunaire, de nouveaux symptômes se sont progressivement montrés.

C'est pourquoi nous pensons que les symptômes présentés par notre malade relèvent d'un double processus et qu'il y

a lieu de les diviser en deux groupes : d'une part les troubles que l'on pourrait dire fondamentaux, état de déséquilibre habituel ou constitutionnel ; excitation chronique ; d'autre part, les signes d'affaiblissement intellectuel qui paraissent bien secondaires à l'accident et qui doivent être mis sur le compte du traumatisme crânien. Fait intéressant au point de vue médico-légal.

Bien que cet état n'ait fait que compliquer ici un déséquilibre antérieur, cette évolution est déjà rare. Elle est exceptionnelle lorsqu'il s'agit de sujets vierges de tout antécédent mental. Les cas publiés de manie chronique traumatique sont exceptionnels. Nous connaissons ceux de Christian (1) et d'Alvin (2).

Cette évolution n'est d'ailleurs pas l'apanage des formes confusionnelles de forme maniaque, elles peuvent succéder à des formes confusionnelles de type dépressif ; enfin on a décrit des formes à évolution cyclothymique (3).

Autant que nous avons pu en juger par nos observations et par celles qu'ont publiées d'autres auteurs très nombreux, la forme qu'épouse la période confusionnelle primitive n'influe en aucune manière sur l'évolution ultérieure et le pronostic.

Aussi nous semble-t-il logique d'englober dans

1. Christian, *Arch. de neurol.*, 1889, II, p. 24.

2. Alvin, Eyer et Noble, *Arch. de neurol.*, 1895, XXIX, p. 68.

3. R. Benon, *Traité clinique et médico-légal des Troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*, p. 185.

une même étude les formes d'évolution des syndromes confusionnels aigus traumatiques.

#### ÉVOLUTION DE LA PÉRIODE CONFUSIONNELLE AIGUE.

Comment vont évoluer ces confusions traumatiques aiguës ? Quel pronostic non seulement vital mais encore mental devra-t-on porter ? Que vont devenir ces malades ? Peut-on penser à une restitution *ad integrum*, ou vont-ils se comporter comme des débiles mentaux ou des déments ? La forme confusionnelle, sa durée, les caractères du Trauma sont-ils des éléments sur lesquels pourront tabler les experts pour fixer un pronostic ?

Les auteurs s'accordent en général à reconnaître que la *forme clinique* de la confusion n'influe pas sur l'évolution ultérieure ; pourtant, les formes avec stupeur prolongée, dont les symptômes se révèlent sensiblement identiques d'un jour à l'autre au cours de semaines et de mois nous ont paru être d'un mauvais pronostic (obs. I et II).

Le *Trauma* surtout joue un rôle. Nous avons vu combien la confusion était moins fréquente chez les blessés craniens que chez les commotionnés. Ceci est vraisemblablement dû, dans le 2<sup>e</sup> cas, à l'action du liquide céphalo-rachidien qui transmet le choc à toute la masse encéphalique, la boîte crânienne restant intacte, inextensible. Or, la plupart des auteurs ont envisagé les syndromes confusionnels dans leur ensemble, ce qui fausse les statis-

tiques, car si les confusions commotionnelles sont fréquentes, leur pronostic, par contre, est en général bénin, le facteur émotionnel étant souvent ici associé au Trauma et ne marquant pas l'organisme de lésions aussi profondes (obs. III).

Mais si l'on envisage les *syndromes confusionnels traumatiques*, c'est-à-dire ceux qui relèvent d'une atteinte organique certaine, que le confus ait été blessé ou gravement commotionné, le pronostic est particulièrement plus sombre. Nous avons pu acquiescer cette certitude après avoir vu défiler à l'Hôpital du Val-de-Grâce ces « éclopés mentaux ». Chez presque tous, la blessure originelle était grave, l'interrogatoire permettait de retrouver cette période confusionnelle que nous venons de décrire, et c'étaient, disons-le bien, pour la plupart des sujets à psychisme antérieurement normal et dont les troubles constatés ne relevaient que du seul traumatisme et non d'autres complications d'ordre neurologique ou chirurgical (Epilepsie, abcès du cerveau, esquilles et corps étrangers, etc...).

Ce n'est pas à dire que tout traumatisé du crâne ayant présenté une période confusionnelle ait ensuite des troubles mentaux, mais la phrase de Capgras et Juquelier, qui font de la période confusionnelle du début « la deuxième phase d'une série parfois très longue de troubles mentaux », la première étant la phase de paralysie psychomotrice, nous paraît exprimer très exactement l'avenir psychique de ces blessés.

Au moindre degré, leurs fautes d'inattention, leurs défauts de mémoire, bien que fugitifs et intermittents, s'aggravant de la présence de céphalées, de vertiges, sont des symptômes suffisants pour expliquer le léger état de dépression dans lequel ils se trouvent en général. Négligeables à la rigueur dans certaines professions, on comprend l'importance qu'acquièrent ces troubles dans d'autres. Ils peuvent alors interdire au blessé, dans une plus ou moins grande mesure, l'exercice de son métier.

Il paraît donc un peu hasardeux de parler d'évolution vers la guérison. Néanmoins, ces troubles sont souvent trop peu marqués pour être englobés avec des états que l'on peut, eux, qualifier sans crainte de chroniques. Il nous suffira de faire les plus grandes réserves sur ce terme de « guérison ».

L'état confusionnel traumatique aigu peut donc :

1° Rétrocéder jusqu'à aboutir à une « guérison relative » ;

2° Se prolonger sous forme d'état chronique où se retrouvent à des degrés plus ou moins marqués les symptômes de dysfonctionnement psychique dans les sphères intellectuelle et affective qui caractérisent l'état confusionnel. Aussi les étudierons-nous sous le nom de confusions traumatiques chroniques.

1° *Dans le cas de régression*, l'amélioration est plus ou moins rapide :

a) En quelques jours, la confusion disparaît ; l'association des idées devient plus facile, il y a moins

de viscosité psychique, moins de bradypsychie ; le malade est bien orienté, ses réponses sont plus rapides et plus nettes ; pourtant persiste de la fatigabilité intellectuelle et une certaine lenteur de l'idéation. L'amnésie des faits qui suivent le traumatisme ne se modifie pas. On note surtout un état d'inertie physique bien compréhensible après le choc que vient de subir l'organisme, aussi cet état se retrouve-t-il après presque tous les traumatismes crâniens ; la phase confusionnelle ayant ou non existé.

Au point de vue affectif, est à noter une augmentation des réactions émotives ; les pleurs sont faciles, le malade gémit, se plaint de céphalées, de vertiges, de courbature. Il est moralement affligé en pensant à sa déchéance ; il craint de toujours rester diminué, de n'être plus bon à rien ; mais il n'y a plus aucun thème délirant, ni idée d'humilité, ni d'auto-accusation ; seul le suicide tente parfois ces malades, mais il est rare, et du reste ce désir de la mort peut s'estomper à la longue. En somme, petit syndrome dépressif, physique et psychique, qui régressera peu à peu (obs. VI).

b) Lorsque cet état se prolonge, ces petits troubles peuvent être déjà interprétés comme des *séquelles*, *minimes* il est vrai.

C'est cet état que Pierre Marie (1) a décrit sous le nom de *syndrome subjectif des blessés du crâne*. De

1. Pierre Marie, *La conduite à tenir vis-à-vis des blessures du crâne*, R: N., 1916, t. I, p. 453.

nombreux auteurs se sont attachés depuis à son étude. Nous ne nous y attarderons pas. Il est en général assez tenace et ce n'est qu'après des mois que l'on voit le malade dont le regard s'éclaire, dont les traits se détendent, se mêler aux conversations, aux jeux de ses amis. Il prend part de nouveau à la vie familiale, à ses joies et à ses soucis, et en jouit d'autant mieux qu'il pense « revenir de loin ».

Ce serait une erreur de s'imaginer que cette période suit un cours d'une régularité absolue. Rien n'est plus variable que l'évolution de ces séquelles minimales, qu'elle se fasse vers la guérison ou le passage à la chronicité. Dans les cas heureux, les troubles bien que très lentement, s'atténuent à la longue, comme le montre notre observation VI, mais l'expérience acquise par l'observation des traumatismes de guerre remontant à douze ou quinze ans, prouve que cette heureuse évolution est loin d'être la règle ; la cristallisation du syndrome, l'aggravation par *apparition progressive d'un état démentiel ou délirant*, peuvent se produire, même chez un sujet sobre et sans tare organique. Et comme, d'autre part, on ne peut attendre des années avant de se prononcer sur l'évaluation d'une indemnité, on comprend avec quelle prudence et en s'entourant de quelles réserves le médecin expert devra porter son jugement.

Nous devons en effet, dire un mot de la fréquence avec laquelle éclosent les *phénomènes pithiatiques* au moment de la régression des syndromes confu-

*sionnels aigus*, et cela non pas tant au point de vue symptomatologique, car ces phénomènes ne sont pas à proprement parler des complications de la confusion — le rôle de celle-ci se limitant à la création d'un terrain propice — mais surtout au point de vue médico-légal, car il importera au médecin légiste de faire le partage entre les lésions réelles et les symptômes surajoutés en vue de fixer un pronostic sûr et une thérapeutique adéquate.

Le moment où le blessé, sortant de sa période confusionnelle se réintègre au milieu, prend conscience de son état, de ses blessures, est particulièrement favorable à la cristallisation du syndrome pithiatique, comme l'a fait remarquer Dumas (1). Contractures, paralysies, états délirants de préjudice ou de revendication, ne trouvent aucun frein à leur développement, en raison même de l'inhibition intellectuelle qui persiste et ne peut permettre la critique exacte des quelques troubles subjectifs ou organiques ressentis. Cet état demande une thérapeutique d'urgence, comme l'ont conseillé Roussy et Boisseau (2). Une de nos observations (XIII) est un bel exemple de ces cas de pithiatisme greffé sur un terrain organique incontestable.

La production d'un état délirant systématisé à cette date relève de la même origine. Ce fut le cas chez le malade présenté par MM. Leroy et Medako-

1. Dumas, Société de Neurologie, 6-7 avril 1916.

2. Roussy et Boisseau, *R. N.*, mai 1916.

vitch (1) : un homme fait un grave traumatisme suivi de coma et d'une longue période confusionnelle avec amnésie rétro-antérograde, il avait même oublié la mort de son père, tout en ayant assisté aux obsèques. Il se retrouve à l'Asile, ne sachant ni quand, ni comment, ni pourquoi il a été interné. Ne pouvant comprendre cette lacune dans son existence, il en a cherché la raison d'être et a cru la trouver dans l'hypothèse d'un narcotique absorbé. C'est cette amnésie qui semble avoir été le point de départ de méditations d'abord, puis de tout un système délirant à base d'interprétation, que les circonstances et les éléments contingents n'ont fait que développer. Ne pouvant obtenir sa sortie (on l'avait considéré comme un P. G. en rémission), il commence à douter de la fidélité de son épouse et à la considérer comme la cause de son internement. Si celle-ci ne le fait pas sortir, c'est qu'elle a une raison pour le maintenir enfermé : elle le trompe et elle l'a trompé. Il arrive à renier ses amis, ses enfants et même ses parents.

Le diagnostic de ces états délirants est souvent difficile avec le début d'un délire chronique d'interprétation (type Sérieux et Capgras) par exemple. L'état confusionnel régressant va permettre aux processus intellectuels de jouer avec une coordination de plus en plus parfaite, et le mécanisme d'agré-gation autour du noyau délirant primitif jouera

1. Leroy et Medakovitch, *Bulletin de la Soc. clin. de Méd. mentale*, n<sup>os</sup> 3-4, mars-avril 1929.

dans ce cas avec la même apparence de logique.

Ces complications de la phase régressive sont malgré tout des exceptions en regard du nombre de traumatisés améliorés et ayant pu reprendre leurs occupations d'une façon relativement satisfaisante. Aussi ces séquelles minimales sont-elles les modes d'évolution optima dans lesquels l'atteinte psychique résiduelle demande, pour être mise en lumière un examen mental assez prolongé et assez minutieux.

2<sup>o</sup> *Tout autres sont les cas où la confusion primitive aiguë ne semble régresser que dans des proportions très légères ou nulles, et en tous cas passer à la chronicité.*

Aussi décrivons-nous, en envisageant le degré de régression, des cas dans lesquels l'amélioration a été peu marquée, mais existe pourtant, les malades devenant des subconfus, de confus qu'ils étaient, nous les désignerons sous le nom de *séquelles de gravité moyenne*. Nous réserverons aux autres le nom de *séquelles graves*, comprenant sous cette dénomination les démences post-traumatiques : le sujet est resté confus, parfois même, sur ce fond de confusion, se sont greffés des processus délirants secondaires.

## II. — Syndromes confusionnels chroniques.

### A. — *Séquelles de gravité moyenne.*

Les observations IV et V nous paraissent être des exemples assez typiques de ces états de subconfusion chronique. Ce qui nous frappe, en les parcourant, c'est l'accentuation des troubles psychiques intellectuels et affectifs. Toutes les fonctions cérébrales sont diminuées, l'attention relâchée, les mémoires de fixation et d'évocation profondément troublées, la fabulation venant parfois combler les lacunes que ces malades présentent dans leurs souvenirs : « ils ont un état d'inactivité, de torpeur, de paresse plus ou moins accusé, dans lequel les fonctions psychiques, sans être supprimées ni, pour la plupart des cas, gravement altérées, se trouvent cependant entravées dans l'exercice de leur activité » (Villaret et Mignard).

Ce n'est cependant que dans les plus graves de ces formes que l'idéation, le jugement, le raisonnement sont touchés à leur tour (observ. IX). Quant aux troubles affectifs, ils consistent en hyperémotivité, en paroxysmes anxieux (obs. III, IV, V, VI), en inaffectivité dans les formes les plus sévères. Nous retrouvons encore ici l'irritabilité et les troubles du caractère qui peuvent entraîner ces malades à des actes criminels dont il ne faut pas, toutefois, exagérer la fréquence (Porot).

Ces formes de gravité moyenne soulèvent encore,

au point de vue médico-légal et social, de délicats problèmes. Voilà des malades impotents, presque absolument inutilisables, qui ne peuvent plus travailler. Dans quelles conditions vont-ils vivre ? Ils devront abandonner leur profession, mais quel nouvel employeur voudra se charger d'eux ? S'ils n'ont pas de famille, où échoueront-ils, ne relevant ni de l'hôpital ni de l'asile ? Leur taux de pension, l'invalidité qu'ils auront touchée, sera-t-elle suffisante pour leur assurer l'indispensable ?

Il n'y a, en vérité, qu'un pas à franchir entre ces états qui ont été décrits par différents auteurs, sous diverses dénominations : « névroses traumatiques » (Oppenheim), « asthénie chronique » (Benon), et les états vraiment démentiels. Ce pas, beaucoup le franchissent, car d'une phase à l'autre, il n'y a qu'une question de degré. Les symptômes restent au fond les mêmes, leur intensité seule se modifie, et c'est ce qui explique comment on peut voir s'aggraver progressivement un même malade.

*On ne peut donc jamais affirmer qu'une séquelle psychique traumatique est « fixée » — comme on l'a trop souvent écrit, et l'observation suivante va nous montrer comment, en 15 ans d'intervalle, sans aucun facteur morbide surajouté, un blessé a pu parcourir toutes ces étapes d'aggravation successives.*

OBSERVATION IX. — Due à l'extrême obligeance de M. le Professeur Fribourg-Blanc (extrait d'un rapport d'expertise médico-légal).

L... ayant été condamné par jugement du 18 mai 1928 à trois mois de prison avec sursis pour trafic d'influence, sa famille ayant demandé la révision du procès, M. le Professeur Fribourg-Blanc fût commis à l'effet de dire quel était son degré de responsabilité du point de vue mental dans les faits qui avaient entraîné sa condamnation.

Au cours des années 1925 et 1926 L... avait prêté son concours à M. B... ancien parlementaire, pour lui permettre de faire adopter par l'aéronautique militaire des fournitures intéressant l'aviation de l'armée. M. B... avait indiqué à son associé M. R... industriel, que L... pourrait prendre des services à leur association en raison de ses relations dans les milieux de l'aéronautique, mais que ces services devraient être rétribués. L... avait en outre usé de sa qualité et de ses relations pour introduire, à deux reprises différentes, ces industriels dans le milieu de la Commission des essais de l'aviation.

Brillant aviateur pendant la guerre, il fit une chute en essayant un appareil le 30 septembre 1917. Hospitalisé pour fracture du crâne, coma pendant 20 jours, une hémiplegie droite transitoire, et des troubles aphasiques avaient persisté huit jours encore.

Il rejoignit un an après son service et reprit le pilotage pendant 4 mois, malgré le conseil des médecins. En juillet 1918, nouvelle chute d'avion sans gravité, provoquée par un étourdissement avant l'atterrissage. Il lui fût dès lors interdit de piloter et il fut attaché au service des réparations de l'aviation. En juillet 1919, hospitalisation pour asthénie post-commotionnelle avec céphalées, vertiges et insomnies. Depuis le 4 mai 1923 L... était bénéficiaire d'une pension

d'invalidité au taux de 20 % pour syndrome post-commotionnel, céphalées, insomnies, asthénie psychique, difficulté de l'effort mental et de l'attention soutenue.

Actuellement (1929), 12 ans après le traitement, L... déclare qu'il ne peut pas faire un travail suivi ; il serait dit-il incapable de rédiger un rapport « J'écrirais 10 à 15 lignes et serais obligé de suspendre pour recommencer le lendemain. Il me faudrait 8 à 10 jours pour faire quelque chose de complet ». La lecture le fatigue, les lettres se brouillent, il déclare qu'il ne peut même pas lire le journal, mais seulement les titres des articles. Il ne peut parvenir à fixer son attention. Son service consiste en surveillance matérielle des ordinaires : cuisine, tenue du casernement. Le bruit d'un coup de fusil ou d'un moteur d'avion lui donne, dit-il, de violentes céphalées. Le début de son sommeil est peuplé de rêves ; il se voit au bord d'un précipice, croit tomber et se réveille brusquement. Pas de zoopsies. La seconde partie de la nuit est plus calme. Souvent, il ne dort que 3 heures à 3 h. 1/2. Il est devenu irritable, ne pouvant supporter aucune discussion, il évite les conversations avec les camarades. Gai autrefois, il est devenu taciturne, cherche à s'isoler ; « ma mère me dit qu'elle ne me reconnaît plus ». Les modifications de l'humeur et du caractère seraient apparues chez lui depuis 5 ou 6 ans.

Il ne forme aucun projet d'avenir. Il souhaite être mis en non-activité mais ne sait ce qu'il fera ensuite dans la vie civile. Son seul désir est de fuir tout souci, toute responsabilité. Sa mimique est peu expressive. Tout paraît chez lui marcher au ralenti. Sa mémoire est très déficiente. Il est obligé de tout prendre en note sur un carnet, ce déficit de la

mémoire est lié chez lui à une grande difficulté de l'attention. Mais cette amnésie n'est pas seulement une amnésie de fixation ; elle porte également sur les faits anciens et sur tout ce qu'il a appris dans son enfance.

On relève en outre une bradypsychie marquée. Les questions doivent souvent être répétées deux fois. Il est nécessaire d'employer des termes très simples pour être compris de lui. En famille, L., demeure taciturne, renfermé ; il reste inactif, ne s'intéresse à rien, ne peut supporter une discussion même sur un sujet banal et s'emporte violemment si on le contrarie. Il évite d'ailleurs toute causerie prolongée et ne reçoit jamais d'amis. Il sort parfois le soir, sans dire où il va, mais ne fait aucun abus. Ces troubles de l'humeur et du caractère seraient apparus à la fin de 1917.

Aucune distraction ne l'intéresse, ni théâtre, ni cinéma ; il a encore des relations sexuelles, mais sans grand enthousiasme. L'examen organique révèle une morphologie générale normale, pas de signe de lésion organique du système nerveux. Les radiographies du crâne pratiquées au Val-de-Grâce le 22 janvier 1929 ne montrent aucune lésion crânienne. Le reste de l'examen organique est négatif.

*Discussion.* — Des constatations ci-dessus relatées, corroborées par les pièces médicales d'origine incluses au dossier, il résulte que L... présente, depuis les chutes d'avion dont il a été victime et tout spécialement depuis l'accident du 30 septembre 1917, un état psychopathique se rattachant au type du syndrome post-commotionnel. Cet état psychopathique est chez lui très nettement caractérisé. Ses symptômes principaux sont :

1° Un gros déficit de la mémoire, déficit qui ne peut être

considéré comme volontairement affecté, car, au cours de multiples examens, l'authenticité de cette amnésie s'est montrée très nettement. Ces troubles amnésiques sont liés d'une part à un déficit certain de la faculté de mémoire elle-même, car ils portent aussi sur les faits anciens très antérieurs aux accidents invoqués ;

2° Une diminution globale et importante des facultés intellectuelles. Toutes les opérations mentales du sujet sont ralenties. Cette bradypsychie se traduit par une lenteur particulière de la compréhension qui ressemble dans ce cas à la « viscosité mentale » des parkinsoniens. Il en découle une fatigabilité qui rend au malade tout travail intellectuel prolongé impossible (incapacité de rédiger un rapport, de faire effort pour se remémorer des faits importants pour sa propre défense) ;

3° Une réduction de la volonté qui lui interdit d'entreprendre tout travail sérieux et qui l'empêche de réagir contre cette aboulie elle-même ;

4° Une indifférence affective qui lui fait accepter sans réactions douloureuses la situation créée par la maladie de sa femme, maladie qui a détruit leur vie conjugale à peine commencée (il est à noter qu'il n'existait pas dans le ménage de cause de discorde) ;

5° Une atténuation des facultés de jugement, liée à la paresse intellectuelle morbide qui ne permet pas au sujet de faire une juste discrimination entre les commandements donnés par la morale stricte, et les choses répréhensibles. Le sujet a tendance à accepter les situations de fait et ne cherche pas à faire effort pour sortir d'une voie où il s'est engagé, dût-elle le conduire à des actes contraires à la par-

faite honorabilité ; son discernement manque à cet égard de toute finesse :

6° Des troubles de l'humeur et du caractère qui se manifestent par une attitude constamment taciturne et renfermée, contrastent avec son tempérament de l'enfance et de l'adolescence et par une irritabilité se traduisant en de vives colères lors de la moindre contrariété.

Etant donné ce que l'on sait, du point de vue médical, au sujet des troubles névropathiques post-commotionnels, il est évident que l'état psychique actuellement constaté chez le capitaine L..., appartient à cette catégorie de désordres nerveux et qu'il prend son origine dans la chute d'avion dont le sujet a été victime. Si les radiographies pratiquées le 22 janvier 1929 au Val-de-Grâce n'ont pas révélé de traces de fracture du crâne, il n'en est pas moins vrai que le malade a été très violemment commotionné dans sa chute du 30 septembre 1917, que cette commotion a déterminé aussitôt des troubles graves (état comateux, puis accidents confusionnels aigus) dont le syndrome actuel est la suite.

Ces troubles sont donc antérieurs aux faits qui ont été reprochés à L..., et qui ont motivé sa condamnation.

Entretenant depuis plusieurs années de bonnes relations avec un parlementaire et se considérant comme son obligé, L... ne pouvait trouver dans ses ressources intellectuelles et morales très amoindries, les éléments qui lui auraient permis de discerner l'indélicatesse des procédés mis en œuvre, ni la force suffisante pour résister aux propositions qui lui étaient faites.

Un refus de sa part lui aurait coûté un effort, dont il n'était pas capable. *Sa responsabilité dans les faits en cause doit donc être considérée comme très réduite.*

B. — *Sequelles graves. Démences traumatiques.*

Les troubles psychiques atteignent dans ces formes terminales un degré extrême. L'état de torpeur est excessivement marqué, l'attention très troublée; le malade après avoir fait répéter plusieurs fois les questions, finit par y répondre plus ou moins bien. Parfois, ce n'est qu'une ébauche de phrase en une seule syllabe, même inadaptée que l'on peut obtenir après de multiples sommations. La mémoire étant aussi très affaiblie, et dans toutes ses formes, tout travail intellectuel est devenu impossible; les opérations de calcul les plus simples ne sont pas effectuées; un fait divers d'un journal ne peut être résumé, le malade échoue dans les tests les plus faciles; il reste le plus souvent apathique, désorienté, ne prenant aucune part aux conversations qui se font autour de lui. Mais son indifférence est parfois secouée par des raptus violents et soudains. Chez d'autres au contraire, le sentiment de leur déchéance persiste et c'est par des sanglots brusques, bruyants et enfantins qu'ils répondent à l'interrogatoire. Enfin, ce déficit intellectuel peut s'accompagner d'idées délirantes, hypocondriaques, de persécution, de préjudice, d'empoisonnement, dont nous avons déjà vu le mécanisme psychologique (page 55).

Tel est le cas de ce malade, dément traumatique, que les signes neurologiques, joints à un délire de persécution, avaient fait prendre pour un P. G.

OBSERVATION X. — R..., Georges, âgé de 42 ans, entre le 8 octobre 1928 dans le service de la Clinique avec le certificat suivant :

Automatisme mental incomplet avec idées délirantes de persécution et d'influence sans systématisation ; on l'empêche de dormir, on le pique sur diverses parties du corps ; projecteur lançant des jets lumineux ; hallucinations olfactives ; odeurs de pourriture ; sentiments d'inhibitions, on l'empêche d'aller à la selle, on arrête son urine ; interprétation ; on le suit, on lui donne des excitations génitales. Pas d'allucinations auditives ni psychiques, pas de prise de la pensée. Migration pour échapper à ses persécuteurs qu'il ne connaît pas, qui se tiennent hors de sa portée ; couche dans les bois et les hôtels, menace de revolver s'il tient un jour ses persécuteurs. Début des troubles en février dernier, au retour d'un séjour en Amérique. *Fracture du crâne et du maxillaire supérieur* en 1917 (*accident d'avion*), *perte de connaissance*, crises épileptiques consécutives à la blessure et à la trépanation (D<sup>r</sup> Heuyer).

L'examen à l'entrée ne fait que confirmer le certificat, mais montre par ailleurs des pupilles paresseuses et inégales, des réflexes rotuliens vifs et un liquide céphalo-rachidien positif (Lymph. 132. Alb. 0,50. Globul. + Wassermann + Benjoin 11111-22222-10000). Le certificat de quinzaine porte donc : « Automatisme mental, paralysie générale ». A maintenir (D<sup>r</sup> Baruck).

Dès le 3 décembre la désagrégation psychique se fait de plus en plus nette, le malade refuse d'abord de s'alimenter, il se cache sous les couvertures, veut retourner à l'hôtel où il habitait, mais ne peut en donner le nom ; il reste des

journées entières dans un mutisme presque complet, on doit le secouer pour le faire manger ; il n'est pas gâteux. La nuit, au dire des autres malades, il prononce à haute voix des phrases stéréotypées : « Loucheur est un mouchard ». « Loucheur est un cochon, » etc...

Entre temps, une nouvelle ponction lombaire pratiquée le 12 décembre a donné comme résultat : Lymphoc. 9. Album. 0,25. Pandy négatif. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin 00000-00000-02200. Les ponctions pratiquées dans la suite donnent toujours sensiblement les mêmes chiffres. En janvier, cet état persistant, le malade entre dans le service du D<sup>r</sup> Leroy.

Le 5 juin, on note encore : même état, mutisme absolu, le malade reste en chien de fusil dans son lit, l'oreille droite collée dans l'oreiller, l'index droit dans l'oreille gauche, comme pour se défendre contre des hallucinations, yeux clos, opposition extrême, mange, n'est pas gâteux. Le 5 juin, il est transféré.

En somme, vague délire de persécution pauvre et mal systématisé chez un malade présentant un gros affaiblissement intellectuel et des signes neurologiques de méningo-encéphalite. La P. L. confirme d'abord, infirme ensuite le diagnostic de P. G., mais la déchéance physique, intellectuelle s'accroît de jour en jour et assez rapidement.

Ces idées d'interprétation sont-elles déclanchées par le traumatisme ou celui-ci n'a-t-il que favorisé l'éclosion d'un délire chez un débile ou paranoïaque ancien ? Il est souvent difficile de se prononcer. Les observations probantes de délire chronique d'origine

traumatique sont rares. Nous citerons celles de MM. Claude et Abely, MM. Capgras et Bessière, MM. Marchand, Trenel et Lelong, mais ce qui caractérise ces délires secondaires traumatiques c'est souvent leur manque de cohésion, leur puérilisme, leur pauvreté idéique, surtout si on les observe à cette période terminale. *Ils s'opposent donc, par leur symptomatologie, aux délires dont l'éclosion se produit au cours de la régression de la période confusionnelle primitive.* Nous en rapportons plus loin un nouveau cas (obs. XI).

Parfois, l'inertie physique, l'indifférence émotionnelle et affective, des stéréotypies, du négativisme, de la catatonie, peuvent faire penser à la D. P. De nombreux cas en ont été cités où le traumatisme semblait bien être la cause étiologique. Dans un cas publié par M. Leroy notamment, le blessé fit une courte phase de confusion mentale, puis une D. P. typique avec indifférence émotionnelle totale, faiblesse considérable de l'attention, amnésie, stéréotypies du langage et de l'écriture. Nous avons cité une observation à peu près semblable, publiée par MM. Babonneix et Brissot. MM. Juquelier et Capgras et Bonhomme, M. Dupouy, M. Marchand, MM. Trenel et Sizaret, ont noté des cas analogues. M. Barbé, sans prononcer le mot de D. P., signale la catatonie dans les confusions traumatiques.

S'agit-il dans ces cas de D. P. ou de pseudo D. P. ? Le problème est délicat. Il semble que dans les cas

de D. P. véritables, un état mental pathologique devait exister antérieurement. Toutefois, il est à remarquer que nombre de ces cas ne sont que des confusions chroniques étiquetées à tort « démence précoce ».

Il en est de même pour les pseudo P. G., tableau assez fréquemment réalisé et que l'on doit séparer des paralysies générales dites traumatiques où le choc n'a fait qu'accélérer la maladie (cas de Juquelier, Vigouroux, Ballet et Rogues de Fursac, MM. Dupouy et Courtois, etc...). En réalité, ces pseudo P. G. se présentent surtout comme des confus chez qui les signes neurologiques qu'ils présentent peuvent être expliqués par de multiples petits foyers de ramollissement ou de sclérose. Ils sont plus engourdis, plus anidériques et asthéniques que déments ; leur état général est souvent moins touché que celui de la plupart des P. G., l'évolution de leur maladie est plus lente et paraît mieux fixée ; leur liquide céphalo rachidien enfin est toujours négatif à quelque période de la maladie, seules de petites poussées hypertensives peuvent donner parfois un peu de lymphocytose et d'albuminose.

Nous voudrions citer maintenant quelques observations de ces différents types de confusions chroniques, afin de montrer que chez tous ces confus, les symptômes psychiques essentiels intellectuels et affectifs que nous avons énoncés se retrouvent et que l'on ne doit pas s'égarer à considérer comme essentiels des signes qui ne servent qu'à différencier

l'une de l'autre ces démences traumatiques, sans en changer pour cela le pronostic. L'examen du fond mental de ces malades nous les fait tous regarder comme des confus.

OBSERVATION XI (D. P. post-commotionnelle). — P..., Eugène, facteur des postes, entre le 19 juillet 1922 dans le Service de la Clinique des maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne, avec les certificats suivants :

*Certificat d'entrée*: excitation psychique actuelle. Aisance, incurie de sa situation. Récits sans but et inachevés ; maniérisme dans l'élocution. Agitation. Pauvreté idéique, pouls 62. Irascibilité dans sa vie quotidienne et récriminations et accusations contre sa femme et sa fille, violences contre elles. Aurait été commotionné en 1916 ; modifications psychiques continues depuis lors. Interné en 1921 (Ville-Evrard) pour persécution, hallucinations, présomption de D. P. Sorti sous la condition d'une étroite surveillance que sa femme a déclaré ne plus pouvoir assurer (Dr de Clerambault).

*Certificat immédiat*. — 20 juillet 1922. Présente un état d'excitation intellectuelle légère avec sourires, paroles grandiloquentes, euphories, idées vagues de persécution. Troubles du caractère ; irascibilité. Commotionné en 1916. Incapable de se livrer depuis ce temps à toute occupation suivie. Affaiblissement intellectuel léger. Dysménie. Récits inachevés et peu cohérents ; fond d'indifférence. Déjà interné en 1921. A observer (Dr Brousseau).

*Certificat de situation*. — 9 août 1922. Est entré pour un état délirant polymorphe, à idées de persécution prédominantes, avec hallucinations. Persistance des convictions

délirantes. Affaiblissement des facultés psychiques, incapacité de se conduire. Apraxie. Internement de longue durée à prévoir. A maintenir (D<sup>r</sup> Claude).

Voici le résumé de l'histoire de sa maladie, reconstituée par les dossiers antérieurs et les renseignements de la famille :

Violente commotion le 4 juin 1916. Arrivé le 10 juin à l'hôpital dirigé par le D<sup>r</sup> Lhermitte. Excitation. Incohérence. Babinski bilatéral, déviation conjuguée de la tête et des yeux ; respiration stertoreuse. Pouls 50, résolution complète. Les signes neurologiques rétrocèdent peu à peu ; seule persiste une contracture des membres supérieurs, mais *la confusion mentale se précise et prend un caractère onirique*. La nuit, cauchemars, rêves professionnels ; il conduit sa section à l'assaut, pendant la journée, logorrhée incohérente. Hallucinations de la vue et de l'ouïe à thèmes injurieux. Rires et colères, cris par instants. Cet état persiste jusqu'aux premiers jours d'avril, interrompu pourtant par des phases de subconfusion pendant lesquelles on peut entrer en relation avec P... Une amnésie antérograde partant depuis le moment de la commotion, apparaît ainsi. En août, la marche redevient normale ; le malade s'alimente bien ; il comprend tout ce qu'on lui dit, mais il est incapable d'exécuter les ordres les plus simples (apraxie motrice), et ne peut identifier les objets. Pourtant, commence à reconnaître les personnes. Il sort et un rapport spécial du 12 décembre 1917 note : « l'Adjudant P..., présente aujourd'hui les séquelles d'une commotion encéphalique grave dont il a été frappé le 4 juin 1916. L'affaiblissement intellectuel joint aux troubles profonds de

la motilité volontaire à type apraxique ne permettent pas d'utiliser P... dans l'armée. D'autre part, ces troubles ne sont pas incurables car nous avons assisté à leur rétrocession partielle. Il nous semble donc légitime de proposer l'adjudant P... pour une réforme temporaire avec gratification élevée (80 %) en raison de l'impossibilité de subvenir à ses besoins (D<sup>r</sup> Lhermitte).

Réformé n° 1 sur ce rapport, P... rentre chez lui et y reste près d'un an. Il ne peut reprendre son métier, va à l'école de rééducation, mais reste maladroit, ne peut s'habiller seul. Il ne reconnaît sa femme que si elle lui parle. Celle-ci le fait admettre à la Salpêtrière en septembre 1918, il y reste un an, mais aucun changement ne se produit dans son état. En octobre 1919, quinze jours après sa sortie de l'hôpital, des hallucinations apparaissent extrêmement nettes sous forme de voix, surtout d'une voix grave d'homme, qui gênent son sommeil et l'obligent à rester toute la nuit armé d'un revolver, aux aguets. Cette voix l'injurie, le traite de « dégueulasse » « de cochon » l'accuse de relever les jupes des femmes et de les violer dans la rue »... Il soupçonne un coiffeur qui habite dans sa maison et menace de le tuer. Illusions visuelles. Pendant une nuit, notamment, il a pris pour des ennemis des ombres qui étaient au plafond, mais a reconnu son erreur le lendemain. A ce moment, la mémoire est encore excellente, il se rappelle le nom de toutes les infirmières qui l'ont soigné à Bourges.

Le 4 juin, les hallucinations auditives se font plus obsédantes ; on lui reproche d'être un « sadique, d'avoir eu des attitudes inconvenantes dans les vespasiennes », on lui rappelle toute sa vie depuis son départ au régiment. Il voit très

nettement des personnages dans des arbres : « un juge, des officiers, un homme tenant un revolver au poing ; ces gens sont plus grands que de nature, tantôt ils s'éloignent ou tantôt se rapprochent ». En même temps, apparaissent des hallucinations olfactives très violentes, des hallucinations psychomotrices et des idées d'influence, on le force à s'agenouiller, on l'empêche de manger, on le fait vomir, on le tracasse par le téléphone, par l'électricité dans les tempes et les testicules, on le fait éjaculer, etc...

P... présente aussi des idées hypocondriaques d'indignité, de culpabilité, il pleure sans raison et à d'autres moments se met dans de violentes colères ; par instants, l'état anxieux est très prononcé.

Ensuite, nombreux et courts séjours dans les hôpitaux et même à Ville-Evrard en 1921, d'où il sort sur la demande de sa femme. P... se présentait alors comme un *dément précoce à forme paranoïde*.

A son entrée à Sainte-Anne en juillet 1922, on constate dès l'entrée que le fond mental est très atteint. P... fait de grosses erreurs de calcul, donne avec satisfaction des résultats invraisemblables, se refuse à rectifier. Les épreuves des tests montrent des troubles de l'attention et de la mémoire. Il a oublié les dates de la guerre. Il n'est pas très fixé sur son âge ; n'a aucun souvenir de sa commotion et se rappelle mal les diverses formations où il a été soigné. Quand on lui parle des siens, il se trouble excessivement, mais manifeste une inconscience et une indifférence complètes de sa situation. Il dort bien, n'a plus de cauchemars. Il ne semble pas avoir de délire systématisé ni d'idées délirantes bien nettes. Il accuse cependant une ancienne mar-

raîne de guerre de lui faire du mal, mais sans donner de précision. Les hallucinations ont cessé ; inerte, apathique, incapable de tout travail, il reste complètement inactif. Sa parole est un peu hésitante, mais il n'a pas, à proprement parler, de dysarthrie ; il prononce convenablement les mots d'épreuve. L'apraxie est toujours marquée.

Les pupilles très légèrement inégales, réagissent normalement. Les réflexes rotuliens sont vifs, la langue et les doigts trémulants. La ponction lombaire, pratiquée à plusieurs reprises, a toujours donné un liquide absolument normal (lymphoc. 1-5 ; albumine 0,20, B.-W. négatif).

En somme on se trouvait alors en présence d'un sujet affaibli intellectuellement, sans trouble neurologique caractéristique, sans réaction humorale, commotionné en 1916. Depuis la commotion, ce malade a présenté divers troubles, cauchemars, hallucinations, alternatives d'excitation et de dépression, idées délirantes, qui, peu à peu se sont atténuées tandis que les troubles de la mémoire, de l'affectivité, de l'activité s'installaient et constituaient un état chronique.

Cet état reste assez longtemps stationnaire. En 1925, les notes d'observation signalent encore un aspect d'hébétude avec fixité du regard, une gaucherie des actes expliquée par l'apraxie encore très notable. Il croit toujours à ses idées délirantes, mais son délire ne s'enrichit plus par l'appoint de nouveaux matériaux. Les hallucinations ont cessé et le thème se désagrège, devient flou, mal systématisé. Le 1<sup>er</sup> plan du tableau clinique restant occupé par l'affaiblissement intellectuel (grosse bradypsychie, dysmnésie, inattention), des troubles affectifs (hyperémotivité, irritabilité) et de la conduite (inertie, inactivité, impulsion). Ces réactions

diminuent pourtant d'intensité et en septembre 1928 P... sort de l'asile avec le certificat suivant : « affaiblissement intellectuel avec apraxie post-traumatique, légère amélioration, calme, peut être rendu à sa famille qui s'engage à lui fournir les soins nécessaires. »

OBSERVATION XII (D. P. post-commotionnelle). — Observation rédigée d'après les notes communiquées par Mlle le Dr Serin.

C... Charles-Auguste, 29 ans, boulanger. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ni personnels. Aurait été tout à fait normal jusqu'à 1917. A cette époque, il est projeté dans un trou par le vent d'un obus qui explose près de lui, et blessé par les éclats au bras, et à l'abdomen. Il n'a d'ailleurs conservé aucun souvenir de cet accident, ni des soins qui lui ont été donnés les jours suivants. Sa femme a pu seulement apprendre qu'il était resté plusieurs heures sans connaissance.

Pendant plusieurs mois, cette amnésie paraît avoir été le seul trouble observé chez C... Démobilisé en février 1918, réformé à 10 % pour ses blessures au bras et au ventre, il semble normal, travaille dans une usine de guerre où on est satisfait de lui.

Fin 1918, il a une crise convulsive avec perte de connaissance émission d'urine, amnésie de la crise. Cette crise se renouvelle tous les trois mois, pendant plus de trois ans. A peu près à la même période, le malade commence à perdre la mémoire. Son caractère change, devient irritable. Ces troubles s'accroissent rapidement, si bien que devenu incapable de tout travail, C... est amené en mai 1921 à la consultation du Dr Wallon et admis à Arnouville.

Là on constate de gros troubles mentaux. C... est incapable d'évoquer ou de préciser aucun souvenir. Son attitude, à l'égard de sa femme et des autres malades, témoigne d'une *indifférence profonde*. Il vit à l'écart, désadapté, ignore l'heure, ne va à table ou au lit que lorsqu'on l'y conduit. Oublié dehors, il passe une nuit à la belle étoile sans chercher à rentrer. Dans ses moments les meilleurs qui sont rares, on l'occupe à raccommoder des chaussures.

Quelques idées mal précisées de persécution ; sa femme l'empoisonne avec des boulettes. Méfiant, a toujours refusé de signer les papiers ayant trait à sa pension. Une fois, il les a signés d'un nom d'un camarade. Querelleur parfois, ne s'est jamais montré violent. A deux reprises, en 1921, crises convulsives du type de celles que nous avons décrites plus haut. Aucun trouble physique.

En février 1924, il entre à Sainte-Anne.

*Certificat d'internement.* — *Démence précoce* avec inertie à peu près totale et idées vagues d'empoisonnement, qu'il a besoin d'une surveillance constante et qu'il est nécessaire de le placer dans un établissement spécial (Dr Wallon).

*Certificat d'entrée.* — Présente un état d'obtusion intellectuelle avec idées vagues de persécution ; troubles de la mémoire, inertie, impossibilité de se livrer à aucun travail. Blessé et commotionné de guerre. A observer (Dr Colin).

On ne lui trouve, à l'entrée, aucun signe de trouble somatique, par contre, son fond mental paraît profondément atteint. Il répond à voix basse, de mauvaise grâce, par phrases lentes, courtes, inachevées, ou par monosyllabes souvent discordantes, les yeux fuyants, en faisant quelques gestes stéréotypés. Parfois le mutisme est absolu.

Il sait l'année mais se trompe de mois. Il se croit à la Charité en traitement depuis un mois. Il sait son âge ; l'année actuelle et donne une date fausse quand on lui demande celle de sa naissance. Il croit avoir deux enfants au lieu d'un ; il n'arrive pas à lire l'heure correctement.

A l'égard de sa femme, quand on lui en parle, ou quand elle vient le voir, il se montre complètement indifférent et n'en parle jamais spontanément. Il affirme, quand on le lui demande, qu'elle l'a empoisonné avec des boulettes, et ne semble pas lui en vouloir de ce procédé. Ses idées de persécution prennent, parfois, une teinte onirique. Sa femme lui envoie le soir, des vipères dans son lit, qui le mordent et lui font peur ; il les voit et les entend siffler. D'autres fois, ces serpents sont bien disposés, chantent et rient, et il leur donne du lait. Il reçoit aussi, le soir, la visite d'un « rouquin » qui lui tire les jambes et lui ordonne de creuser son cercueil, ce qui l'effraie beaucoup.

Dans le service C... reste inactif toute la journée ; il est apathique, inerte, souvent indocile et querelleur avec les infirmiers mais jamais violent. On n'a jamais constaté de crise ni de vertige, ou d'absence pouvant se rattacher à l'épilepsie. Son état est absolument inchangé lorsqu'on le remet, en avril 1924, à sa femme qui le réclame et s'engage à le surveiller.

OBSERVATION XIII. — V... Henri, 56 ans, ancien commandant en retraite depuis 1919, titulaire d'une pension de réforme de 80 % est envoyé au Val-de-Grâce pour surexpertise le 31 mars 1924. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ni personnels avant le traumatisme.

Commotionné une première fois le 14 août 1924 par explosion d'un obus, il ne présente aucune perte de connaissance, mais de l'obnubilation psychique et une grande asthénie accompagnée de vertiges, surdité et douleurs dans la colonne vertébrale. A partir de ce moment là, perte du sommeil, lourdeur dans les jambes, ne peut remonter à cheval. Le 26 octobre 1914, le commandant V... est commotionné pour la deuxième fois : *phase de confusion mentale* (se croit en Angleterre, ne reconnaît plus sa femme) le corps était dévié à droite, on notait des douleurs profondes de la tête et de la colonne vertébrale, des bourdonnements d'oreille intenses, continues et très pénibles. Il reste trois mois couché; lorsqu'il se relève, il ne peut marcher qu'en prenant un appui contre les murs et présente des vertiges. En 1915, un jour à Dax, il perd connaissance à la suite d'un bain salé, nous dit-il, et aurait présenté alors quelques mouvements convulsifs. Dans la nuit et la matinée suivantes, l'état syncopal persistant nécessite l'emploi de caféine, puis au réveil, apparaît une sensibilité de tout le corps, le moindre contact provoquait de violentes douleurs. Un mois après, nouvelle crise de même nature, mais moins marquée. Une amélioration progressive se fait ensuite sentir, mais sa jambe droite ne lui obéit plus : pour se mettre en marche, il est obligé de la prendre avec ses mains, il la soulève comme s'il l'arrachait de terre. De temps en temps, il secoue sa tête « comme s'il avait un grelot dedans ». Le Dr Babinski consulté en octobre 1915 aurait trouvé les réflexes abolis mais la malade aurait refusé la ponction lombaire. En 1916, il présente une nouvelle crise violente de même forme qu'à Dax : douleur lombaire violente, sueurs profuses.

Ensuite, nouvelle amélioration, sauf quant au sommeil. Il est alors versé à la D. C. A. En septembre 1919, étourdissements fréquents (les pavés se dérobent, se soulèvent, il va tomber) céphalées, douleurs très vives de l'œil droit, il n'y voit plus de cet œil, peu de l'autre, on est obligé de le conduire. En novembre 1919 à l'hôpital de la Pitié, une P. L. aurait entraîné de violents maux de tête, des troubles méningés, de la cécité complète. Il entre le 27 février 1920 au Val-de Grâce, se plaignant de : céphalée (hémicranie gauche) rachialgie, fourmillement dans les membres, mouches volantes à l'œil droit et scotome scintillant, bourdonnements permanents de l'oreille gauche, asthénie générale.

L'examen montre une difficulté de l'équilibration, une légère déviation de la commissure labiale à droite, un blépharospasme à droite, sans paralysie des muscles. Aux membres supérieurs : sensation d'engourdissement des quatrième et cinquième doigts de la main droite, sans modification de la sensibilité, réflexes tendineux faibles identiques des deux côtés. Aux membres inférieurs pas de diminution nette de la force, réflexes tendineux faibles mais égaux des deux côtés, plantaires en flexion. B. W. négatif. Des troubles psychiques sont déjà marqués : grosse diminution de la mémoire, difficulté à fixer l'attention, tristesse, instabilité, émotivité exagérée. *Diagnostic: Psycho-névrose commotionnelle.*

De juin 1920 à mars 1924, il accuse :

Du point de vue organique : céphalalgie persistante surtout du côté droit. Douleurs lombaires et quelquefois dans les membres inférieurs. Hyperesthésie à droite lorsqu'on le

touche, lorsqu'on le heurte. Sensation persistante d'engourdissement du bras droit et quelquefois de tout le côté droit.

Le *sens de l'équilibre* est troublé (au moindre heurt, il tombe... lorsqu'on lui fait réunir les deux pieds il tombe). Il marche d'ailleurs difficilement, prend toujours sa jambe droite avec les mains pour la mettre en mouvement et avance à petits pas. Diminution de volume du membre inférieur droit. *Vision* très diminuée de l'œil droit. Douleurs oculaires violentes profondes ; photophobie marquée (lorgnon noir). Paupière droite toujours abaissée.

- Bourdonnements et *surdité* à gauche.

A signaler enfin, de l'insomnie rebelle, depuis sa blessure, due à la douleur et aux engourdissements qui le réveillent. Mais l'appétit est conservé. Les fonctions digestives normales, pas de vomissements. Fonctions urinaires normales. *Sueurs profuses* à la moindre émotion.

Du point de vue mental : calme jadis et gai, maintenant nerveux, triste et découragé. Sensibilité extrême au bruit : alors il n'est plus maître de lui... a des contractions nerveuses... des mouvements impulsifs de colère.

*Aurait eu des idées délirantes* au cours de ses crises, et récemment chez lui, parlait à haute voix, sans suite, de la guerre, de ses chevaux, quelquefois le jour et souvent la nuit. *Fièvre pendant ces crises*.

*Perte de la mémoire* : il faisait des problèmes et oubliait tous les noms, même celui de sa femme. Tantôt *mutisme*, puis parle beaucoup des choses de son enfance. *Dépression persistante*. Aucun effort ni mouvement, gestes lents.

*A l'examen* : 1<sup>o</sup> *Symptômes négatifs* : tous les réflexes sont

conservés, faibles, mais identiques à droite comme à gauche. Les pupilles réagissent à la lumière comme à l'accommodation. Réflexe plantaire en flexion.

*Examen des yeux* : aucune lésion organique. Examen du fond d'œil négatif. *Sensibilité générale* : à la piqure et au contact, conservée. B.-W. : négatif.

2° *Symptôme positif, symptôme essentiel* : sensibilité névralgique ou névritique de divers territoires nerveux situés *uniquement* sur la moitié droite du corps.

Hyperesthésie du cuir chevelu à la partie supérieure et antérieure droite. Hyperesthésie rétro-auriculaire droite, point d'émergence du sus-orbitaire droit très douloureux. A l'œil droit : blépharo-spasme Photophobie. Sectome scintillant la nuit seulement ou lorsqu'il passe dans un tunnel. Contraction par spasmes non durables, à droite de la commissure labiale et de la langue. Hyperesthésie rétro-scapulaire avec engourdissement et fourmillement du bras droit... plus encore du 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigt. Point d'émergence du sciatique droit douloureux ; signes de Lasègue et de Bonnet positifs à droite, négatifs à gauche.

*Autres symptômes* : céphalalgie et lombalgie par paroxysmes. Atrophie légère et perte de forces de membres supérieurs et inférieurs droits. Coordination lente et difficile de ces deux membres. Equilibre très difficile à établir à cause de la faiblesse de la jambe droite. A noter à cet effet que l'éclatement de l'obus (2<sup>e</sup> commotion) a projeté le Com. V... contre une tranchée. sur le côté droit du corps en même temps que le culot de l'obus contusionnait la région thoracique, entraînant une fracture de la clavicule droite.

*Oreilles* : bourdonnements et surdité à gauche. Insomnie persistante provoquée par la douleur et les engourdissements. Rien aux différents organes. Urines : sucre 4 gr. 10 par litre. *L'état mental* est surtout intéressant. *L'aspect général du malade est celui d'un individu qui commence un état démentiel*. Il reste habituellement inerte, engourdi, somnolent, couché sur son lit, la tête repliée, fuyant la lumière ; son visage est morne ; rien ne décèle qu'il participe aux événements voisins. Mutisme, inexpression de la mimique, embarras et lenteur de la pensée à l'interrogatoire.

*Puérilisme*. — Son intelligence semble limitée à une seule idée, une seule parole ; « c'est aujourd'hui que je pars vous avez signé mon billet pour partir ? » Plusieurs fois dans la journée, il sort toutes ses pièces officielles une par une et les étale sur son lit, puis les replie. Lorsqu'on lui demande le nom d'un objet, il répond : « C'est à moi », et le reprend comme un enfant. *La mémoire*, pour les faits récents, paraît abolie ; il ne se souvient pas le soir des visites de la matinée. Par contre, il évoque ceux qui sont importants, qui l'ont particulièrement frappé, par exemple le mariage de sa nièce, qui a eu lieu il y a une quinzaine de jours. Il se souvient de la cérémonie du mariage, mais aussi du nom et de la profession de son mari, acquisition, par conséquent, nouvelle bien conservée et bien reproduite. La mémoire des noms propres et des noms communs est aussi très troublée. Si l'on demande au malade le petit nom de sa femme, aussitôt on voit son front se rider, il cherche, il fait des gestes de dépit ; quelquefois n'arrive pas à trouver le nom, quelquefois y réussit le lendemain. De même, si on lui montre une brosse à dents, il dit « c'est une brosse » et

passe son doigt sur ses dents, ce n'est qu'au bout de quelques instants que le mot « dent » est prononcé.

Nous savons par ailleurs que le Com. V... a changé de *caractère*, il est devenu triste, irritable, hargneux ; il ne peut supporter à côté de lui la conversation de deux personnes ; le bruit que font les enfants, la chute d'un objet provoque chez lui des crises impulsives de colère.

Pendant son séjour au Val-de-Grâce, le Com. V... s'est exprimé dans un écrit de la manière suivante : « Je souffre dans le rein ; toute la nuit l'électricité me raidit, le matin, ma tête est assommée et le soleil aussi dans l'œil droit me fait mal ; quand j'ai du mal, que l'on me met en colère (?), je ne peux plus rien dire ; je travaille pour la pluie, la culture et l'humanité. »

Conservation relative de l'orientation. Le Com. V... sait qu'il est au Val-de-Grâce. Il sort dans le couloir, dans la cour, se promène et retrouve sa chambre.

*L'activité volontaire* du malade est déviée actuellement du côté de *l'invention*. Il ne travaille chez lui qu'à la découverte de nouveaux instruments d'électro-culture. Il convient d'ailleurs de signaler à ce sujet, que, pendant la guerre le Com. V... a inventé un appareil pour le repérage des avions et une mitrailleuse à grenades qui ont été adoptés.

*En résumé :*

1<sup>o</sup> Commotion cérébrale en août 1914 ;

2<sup>o</sup> Commotion cérébrale en octobre 1914 ;

3<sup>o</sup> Troubles névralgiques ou névritiques de divers territoires situés sur la partie droite du corps : Zone du nerf ophtalmique, point sus-orbitaire, bléphasos-pasme, scotome scintillant, zone du plexus brachia, zone du sciatique ;

4° Perte complète de l'acuité auditive à gauche ;

5° Wassermann négatif ;

6° Etat psychique, pseudo-déméntiel, dépression, troubles de la mémoire, dysmnésie, dyslogie. Troubles du caractère, tristesse, irritabilité, impulsivité. Ebauche d'idées délirantes d'invention.

*Pronostic psychique grave. P. P. 100 %*

OBSERVATION XIV. — C... Edmond, 40 ans, employé de commerce, marié, un enfant, pas d'hérédité morbide. Normal jusqu'à la guerre.

En 1914 C... est blessé au pied et enseveli dans une tranchée. Réformé en novembre, pour otite, il reprend chez lui son travail, paraît normal, il repart au front.

En 1916, il est commotionné par un obus qui éclate près de lui, et évacué sur Meaux. Il ne se rappelle absolument pas dans quelles conditions il a été renversé par l'obus, puis amené à l'ambulance et évacué. Il est bientôt versé dans le service auxiliaire. Au cours de ses permissions, sa famille ne remarque pas qu'il présente de trouble mental. Mais il se plaint de vertiges, d'une céphalée persistante. Il éprouve une lassitude générale très grande, a les jambes faibles ; la marche lui est pénible. Démobilisé en 1919, avec 30 % de pension, il reprend son travail et pendant quelque temps le fait convenablement.

Vers 1921, il commence à accuser des troubles de la mémoire : nombreux oublis. Puis se manifestent quelques idées de persécution : on le suit dans la rue, on lui reproche de ne pas avoir fait la guerre ; il l'entend dire nettement : La nuit, il dort très mal ; rêves guerriers : des ennemis le

poursuivent. Incapacité professionnelle progressive. Oublis. Invective des clients, qu'il accuse de l'injurier, ce qui le fait renvoyer de plusieurs places. Il devient chez lui querelleur. Violences envers sa femme, si bien qu'on l'amène à St-Anne en avril 1924.

Dès son entrée, il se plaint d'une sensation de fatigue générale très grande ; il demande à rester couché tant il se sent las. Il souffre de la tête ; il dort mal, ses nuits sont peuplées de cauchemars mouvementés ayant trait surtout à la guerre. Physiquement, on ne lui trouve rien qu'une exagération très marquée des réflexes rotuliens et une hypoaousie prononcée. L'examen du spécialiste révèle des lésions très anciennes de l'oreille interne, à gauche.

C... est bien orienté, mais sa mémoire est un peu troublée. Il oublie la date de son mariage, celle de l'armistice. Il a conservé des sentiments affectueux à l'égard de sa femme. Depuis plus de 2 ans un complot est dirigé contre lui ; il ne désigne pas les gens qui y participent et chose bizarre, ne semble même pas se préoccuper de savoir qui ils sont. Les gens se moquent de lui quand il passe, raillent sa jalousie à l'égard de sa femme, disent qu'il n'a pas fait la guerre. Il a des pertes séminales abondantes qui l'inquiètent beaucoup et auxquelles il attache une signification délirante. Il reste couché, inerte, inactif, demande sa sortie d'une façon stéréotypée. Pendant son séjour à l'Asile, ses convictions délirantes restent les mêmes. Les troubles intellectuels se précisent et s'accroissent. Il ne se rappelle plus les dates de la guerre, se trompe grossièrement quand on lui demande d'évaluer le temps qu'il a passé à l'Asile. Son humeur devient très inégale ; il reçoit parfois sa femme avec de grandes

démonstrations de tendresse d'autres fois ill'injurie ou refuse de la recevoir. Il est querelleur et parfois menaçant avec les infirmières ; malgré cela, sa femme le réclame et il lui est rendu non guéri en septembre 1924. Elle le ramène d'ailleurs peu après ; son humeur hostile et ses idées délirantes lui rendant la vie impossible au dehors. L'examen du sang de ce malade montre une réaction de Wassermann négative. Ni éthyle ni convulsions dans ses antécédents.

En somme, nous nous trouvons en présence d'un ancien commotionné qui, après la commotion, a présenté et conservé des signes très caractéristiques : céphalées, lassitude générale, fatigue à la marche, exagération des réflexes. A ces troubles se sont ajoutés, au bout de deux ans environ, des hallucinations auditives désagréables, sur lesquelles le malade bâtit un délire de persécution, d'ailleurs mal systématisé. En même temps, apparaissent des troubles de la mémoire et de l'humeur, d'abord peu marqués, puis qui s'accroissent. En l'absence de toute hérédité, de toute intoxication, de tout signe neurologique, si l'on fait abstraction de l'exagération des réflexes qui se retrouve chez les commotionnés, on est en droit de penser que la commotion survenue en 1916 n'est pas étrangère à la production de ces troubles mentaux.

OBSERVATION XV. — Tr... Edouard, âgé de 47 ans, est blessé en 1915 par un éclat d'obus dans la région frontale et à la jambe droite. Réformé et pensionné à 100 pour 100 : « amputation jambe droite au 1/3 supérieur ; 2<sup>e</sup> énucléation de l'œil droit. Présente en outre des troubles de la mémoire, du caractère et des idées de suicide pour les

quelles il est envoyé en surexpertise au Val-de-Grâce. »

Sa femme raconte que son mari aurait présenté après sa blessure une perte importante de la mémoire et de légers troubles de l'équilibre, étiquetés d'origine labyrinthique. Réformé en 1917, T... était employé, après sa réforme, aux écritures dans une maison de caoutchouc où il travaillait avant la guerre ; mais il y a 2 ans environ, il fut obligé de cesser son travail en raison des troubles de la mémoire qui graduellement augmentaient ; amnésie de fixation et d'évocation. Son caractère se transformait parallèlement, patient, doux, il devenait irritable, coléreux, taciturne, menaçait de se détruire, mais ne mit jamais ses projets à exécution. Il ne se livrait à aucune violence sur les siens, mais ne pouvait souffrir la contradiction.

*Etat actuel* (10 ans après le traumatisme). — Dit exactement son nom, son adresse, mais ignore son âge. Prétend avoir 45 ans, être né en septembre 1876 (en réalité novembre 1878), il ignore le numéro de son ancien régiment, la date et le lieu de sa blessure. Croit que la guerre a commencé en 1915, fini en 1917. Décoré de la Légion d'honneur et de la Médaille militaire, il en ignore les circonstances. Ses parents sont morts ; il ignore la date de leur décès. Sait qu'il a trois enfants, ne peut préciser leur âge. Ne sait plus la date de son mariage. Ignore le jour de la semaine, le mois, l'année (mardi 5 mars 1926).

Au cours de l'examen, on est obligé de réveiller à plusieurs reprises l'attention de T... qui se détourne au bout d'un certain temps pendant qu'on l'interroge (cette inattention est confirmée par sa femme qui ajoute qu'il ne s'intéresse à rien).

Interrogé sur ses idées de suicide T... répond qu'il « s'ennuie de ne pouvoir rien faire, qu'est-ce que je fais sur cette terre ? Je ne suis bon à rien, ce n'est pas une vie, j'oublie ce qu'on me dit de faire... ce que je lis, à quoi je sers ? Un jour je me détruirai ».

Examen neurologique normal : tension artérielle 15-11. B.-W. négatif. Urines normales. Hospitalisé pour examen complémentaire T... revu le lendemain ne se souvient plus de l'interrogatoire auquel il a été soumis la veille. Il ne sait plus depuis combien de temps il est à l'hôpital. On l'a mis dans une chambre, dit-il, et prié d'attendre, depuis il attend. Il ne sait plus qui l'a accompagné, il ne reconnaît plus le médecin qui l'a interrogé.

La radiographie du crâne a montré la présence d'un fragment métallique punctiforme au contact de l'orbite droit sur la face intra-cranienne à un travers de doigt du rebord orbitaire. Absence de trait de fracture. Sinus frontal droit légèrement voilé.

OBSERVATION XVI (rédigée d'après des documents communiqués par Mlle le Dr Serin). — L... Marcel, 34 ans, tailleur de pierres. Marié, trois enfants, pas d'hérédité morbide. Normal jusqu'à la guerre.

En novembre 1916 L... est commotionné par l'éclatement proche d'un obus de gros calibre. Evacué à Châlons sur-Marne, il est envoyé au bout de deux mois à Fleury-les-Aubrais, pour troubles mentaux. Sorti à la fin de février 1917, il va chez lui en congé de convalescence d'un mois. Fin mars, il rentre à l'hôpital Saint-Nicolas de Bordeaux et passe au Centre psychiatrique de Château-Picon. Ren-

voyé au Dépôt fin 1917 jusqu'à sa démobilisation (fin juillet 1919). Il reprend son travail jusqu'au 22 août 1923, date à laquelle il est hospitalisé à la Maison de Castel d'Andorte.

Là, le malade se montre dès l'entrée, confus, indifférent, l'interrogatoire est très difficile, L... répondant avec beaucoup de retard et, le plus souvent, par monosyllabes. Il donne ses noms et âge correctement. Il ne sait pas très bien où il se trouve et ne demande pas à sortir. Il est incapable de faire un calcul élémentaire.

Il s'isole dans un coin de la cour, debout, les mains dans les poches les yeux fixés vers le ciel, dans une attitude qui paraît hallucinatoire. En effet, interrogé, il dit qu'il attend des instructions, qu'il est en communication avec les généraux. C'est pour mieux les entendre qu'il reste immobile, quatorze de ces généraux sont ses oncles.

Calme habituellement, à deux reprises, sans raison apparente il se jette sur un camarade qu'il bouscule avec violence. Interrogé sur les motifs de son acte, il sourit niaisement sans répondre.

Une fois, ce malade a uriné dans son lit. Il s'est toujours bien alimenté, n'a pas présenté de catatonie.

L'examen physique ne révèle rien d'anormal. Le liquide céphalo-rachidien contient 2 à 3 mononucléaires par champ, 0,25 cgr. d'albumine. La réaction de Wassermann y est négative.

Sa femme le reprend le 7 avril, à titre d'essai et le ramène le 28 juin, après des scènes de violence.

En somme, il s'agit d'un ancien commotionné qui, depuis sa commotion a traîné d'hôpital en hôpital, et n'a jamais été

capable de reprendre la vie normale. Le malade se présente actuellement avec des troubles de l'intelligence, de l'affectivité, des hallucinations, des impulsions qui réalisent le tableau de la démence précoce. Ces troubles se sont développés très rapidement et progressivement depuis la commotion ; il se semble pas impossible que ce soit elle qui leur ait donné naissance.

\* \* \*

Après avoir passé en revue les différentes formes de confusion mentale traumatique, pouvons-nous conclure à l'unité de ce syndrome ? Pouvons-nous dire qu'une confusion mentale aiguë ressemble à une confusion mentale chronique ? Qu'il y a d'étroites relations entre une confusion à caractère maniaque et une confusion de type dépressif, entre un pseudo D. P. et un pseudo P. G. ?

A première vue, non, car nous avons vu combien différaient entre eux les divers aspects cliniques de tous ces confus. En regardant de plus près, ces différences ne nous paraissent que superficielles car si l'on veut bien approfondir l'examen, fouiller le fond mental de tous ces blessés, on voit que les troubles sont toujours les mêmes, le dysfonctionnement portant toujours dans les mêmes sphères psychiques, particulièrement dans la sphère intellectuelle.

Cela apparaît nettement par des examens psychologiques et répétés. La méthode des tests par exemple, notamment celle de MM. Binet et Simon, nous ont été souvent d'un grand secours. Bien

qu'établis pour des enfants et pêchant donc par divers points lorsqu'on les applique aux adultes, ces tests permettent néanmoins d'apporter à l'examen une discipline rigoureuse en examinant tous les aspects de l'activité mentale du malade, et en fournissant des tableaux comparatifs intéressants. D'autres méthodes, telle le barrage des A, le résumé d'articles de journaux présentant des difficultés d'ordre croissant (longueur de l'article, nom propre, chiffre, etc...) et toutes les autres épreuves que cite Martimor dans sa thèse, ne doivent pas être négligées. On se heurte souvent à de grosses difficultés : agitation du malade, stupeur accentuée, fatigabilité psychique plus ou moins rapide nécessitent des arrêts fréquents des épreuves. Il faut savoir attendre, l'échec même et surtout la raison de l'échec seront toujours intéressants à noter. C'est ainsi que même par cette méthode des tests se révèlent les *troubles affectifs*.

*L'hyperémotivité* est marquée au cours de l'examen par des pleurs ou du bredouillement, parfois du mutisme involontaire. Des paroxysmes anxieux avec tachycardie, tremblements, troubles de la parole, bégaiement, troubles vaso-moteurs, peuvent être déclanchés. On les trouve surtout dans les formes psychasthéniques et particulièrement dans les séquelles légères.

*L'irritabilité* est constante et déclanchée par les échecs. Mais c'est surtout dans la *sphère intellectuelle* que le dysfonctionnement éclate : ralentisse-

ment de toutes les opérations intellectuelles avec atteinte prédominante des fonctions automatiques, de l'évocation des souvenirs, et de l'association des idées par altération de l'attention et de la mémoire. Les raisonnements, les jugements les plus simples ne peuvent souvent être effectués surtout dans les formes de début ou terminales où la confusion est le plus marquée. C'est dans ces formes extrêmes où l'impossibilité *d'attention* est évidente au premier examen, tandis que dans les formes de subconfusion (séquelles minimales ou moyennes) elle demande à être recherchée. Nous avons vu comment dans les confusions aiguës ou les formes démentielles il est souvent impossible de converser avec le malade, les questions semblant ne pas l'atteindre.

Dans les autres formes, la conversation est pénible, on doit souvent répéter. Le malade vous expose souvent la grande difficulté qu'il a à penser, à fixer ses idées : « Je suis comme un enfant qui a de la difficulté à aligner ses phrases les unes à la suite des autres ; je ne sais pas ce que je veux écrire » dit un littérateur blessé (Thèse Dubois).

Quant à *la mémoire*, on observe souvent une dysmnésie de fixation nécessitant l'emploi constant d'un carnet de notes ou de petits bouts de papier, expliquant aussi à un degré plus extrême les méconnaissances de personnes d'un jour à l'autre et la désorientation permanente des grands confus.

Mais c'est surtout l'amnésie d'évocation qui est le propre de ces confusions traumatiques. En géné-

ral, cette amnésie rétrograde ne porte que sur la phase d'évanouissement, de coma et plus rarement sur la période confusionnelle qui a suivi (le malade de notre observation VI : Pl... nous décrivait par la suite quelques éléments de son délire onirique). C'est une amnésie lacunaire, « taillée à pic » un trou noir dans l'évolution de la maladie.

Pourtant les souvenirs antérieurs peuvent disparaître aussi, tel notre malade Cl... (obs. V), qui, excellent violoniste, fut atteint d'amusie après son traumatisme et ne pouvait plus parler français. Les souvenirs d'enfance eux-mêmes sont quelquefois englobés. C'est ce que démontre l'observation que nous rapportons ici :

OBSERVATION XVII. — Mlle L..., âgée de 46 ans entre le 22 août 1929 dans le Service du Professeur Claude avec le certificat suivant : « Je soussigné, chirurgien des Hôpitaux, certifie que Mlle L. . entrée dans le service pour une fracture de la base du crâne avec coma le 26 juillet 1929 est actuellement dans un état de confusion mentale qui nécessite son transport dans un Asile spécial » (Dr Girode).

A l'entrée dans le service, L... présentait un état de torpeur « stupide », les yeux ouverts, ne semblant prendre aucun intérêt aux personnes qui l'entouraient et aux faits qui se déroulaient dans la salle. Aucune réaction émotive, aucune tristesse, aucune gaieté, n'étaient manifestées par elle. Elle mangeait quand on l'y poussait, dormait bien, n'exprimait alors aucune idée délirante ; immobilité, mutisme, désintérêt, tels étaient les caractères qui dominaient la

scène. Au bout de quelques jours pourtant, cet état confusionnel paraissait se modifier. Elle commençait à répondre, mais ses réponses étaient pauvres, monosyllabiques, parfois désadaptées ou incohérentes. Un examen, bien que superficiel, devient pourtant dès lors possible et permet d'entrer en rapport avec la malade. Il met en évidence un déficit intellectuel caractérisé par une dispersion de l'attention et des troubles mnésiques considérables que la malade cache sous une logorrhée fabulante extrême.

Sa présentation est aisée, L... entre souriante, s'assied convenablement, mais répond aussitôt à côté, se lançant dans des développements incohérents, avec une volubilité extrême, au sujet du moindre petit fait surgissant au cours de l'interrogatoire et ne se laissant que très difficilement interrompre. Grosse désorientation dans le temps et l'espace, amnésie d'évocation énorme englobant tout son passé, ne s'atténuant à peine, lorsqu'il s'agit de tout ce qui touche au présent (Dysmnésie de fixation), irritabilité, fabulation, tels sont les symptômes principaux que révèlent les extraits d'interrogatoire que nous reproduisons ici.

10 octobre 1929 :

D. — Que vous est-il donc arrivé ?

R. — Il y a une dame dans l'autobus qui a eu une sorte de syncope... avec les règles et les vapeurs d'éther, tout ça m'a fait trouver mal et ça m'a amenée ici.

D. — N'avez-vous pas été victime d'un accident ?

R. — Je n'ai jamais rien eu ; il n'y a pas d'accident du tout...

D. — Vous avez pourtant été transportée à l'Hôpital Laënnec, après un accident ?

R. (la malade proteste d'abord violemment, ne veut pas entendre parler d'accident ; mais reconnaît pourtant à la longue : « qu'elle a eu un évanouissement et qu'elle a été à l'hôpital »).

D. — Quel Hôpital ?

R. — On ne dit rien aux malades. On m'a trouvée bien... On a pris seulement 4 jours ma température... Je n'avais aucune fièvre... J'ai eu un simple évanouissement... Je devrais être partie depuis longtemps. On exagère énormément.

D. — Quel jour cet évanouissement s'est-il produit ?

R. — On m'a dit que c'était le 26 juillet. J'ai été soignée par le Docteur S... qui m'a dit que j'allais partir.

D. — Dans quel Hôpital êtes-vous ici ?

R. — On appelle ça tout un quartier... Je ne peux pas donner le mot exact, parce que on ne me répond pas.

D. — Quelle est la date de votre entrée ici ?

R. — On m'a laissée tranquille en disant que j'allais bientôt partir, que je n'avais besoin d'aucun traitement...

D. — Quel jour sommes-nous ?

R. — On ne sait rien, on n'a aucun journal (la malade se met ensuite à gémir : « C'est horrible de me questionner comme cela ; je suis la petite fille d'un amiral, vous n'avez pas le droit d'attenter à mon honneur »).

L'examen physique et les résultats de laboratoire sont entièrement négatifs.

Peu à peu, quelques idées délirantes de filiation (ou que nous supposons telles en raison de l'illogisme avec lequel elles sont exposées et du fait que toutes les lettres envoyées aux adresses indiquées par la malade nous sont revenues),

apparaissent et vont alimenter sa fabulation : « Son père était gouverneur et a donné le Dahomey à la France ; elle a deux châteaux classés comme monuments historiques. Son grand père était l'Amiral d'Eu ou Denis... ancienne famille Du Gueslin. Elle explique sa situation à l'Asile, le fait qu'on n'ait pu trouver les siens par cette idée qu'elle est une noble demoiselle d'Eu : « C'est parce qu'on ne peut croire qu'une Demoiselle d'Eu soit ici, qu'ils ne répondent pas. »

Son stock de souvenirs disparus a été ainsi remplacé par un processus interprétatif qui a peu à peu englobé, en les déformant, les moindres faits quotidiens ou même par un processus purement imaginatif. Mais une fois qu'elle a affirmé un fait, une date, elle s'y tient à peu près et garde le souvenir de son affirmation. Ainsi se développe parallèlement en délire un état d'irascibilité, de récriminations incessantes et incoercibles.

Pour être moins atteinte, la mémoire de fixation n'en est pas moins très touchée, ainsi que le montre l'interrogatoire suivant :

16 décembre :

D. — Quel jour sommes-nous ?

R. — Je ne sais pas. Les jours passent et s'écoulent... Je n'ai pas acheté mon Journal, moi qui ai des millions chez moi.

D. — Pouvez-vous me dire le mois ?

R. — Début de décembre.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Avec des femmes tout à fait du peuple.

D. — Vous rappelez-vous maintenant la date de l'accident ?

R. — Je l'ai oubliée, cette date.. O mon Dieu ! toujours des détails, toujours des dates, alors que je n'ai pas de carnet !

(Elle finit cependant par retrouver la date demandée). Elle raconte aussi qu'elle serait venue passer quelques jours à Paris et que c'est en prenant l'autobus pour aller à la gare Saint-Lazare que l'accident d'autobus s'est produit.

L'état restant stationnaire. Mlle L... est transférée le 14 mars 1930 avec le certificat suivant :

« Confusion mentale, avec amnésie rétrograde et légère fabulation : est incapable de fournir l'adresse de personnes susceptibles de la reconnaître et de l'identifier. Des lettres adressées aux nombreuses adresses fournies sont restées sans réponse. Troubles consécutifs à une fracture de la base du crâne, survenue dans un accident de taxi, au cours d'un voyage à Paris. Peut être transférée » (Dr Morlaas).

Le docteur Hyvert, médecin-chef de l'Asile de Vauclaire, à qui nous avons demandé quelques renseignements sur l'état actuel de la malade, nous a très aimablement communiqué ceci :

*Fabulation.* — Évidente et très marquée : « Elle a plusieurs maisons à Paris en particulier, au Mesnil où elle a un laboratoire. Dans sa propriété de Normandie, elle a un laboratoire où on faisait de l'huile de foie de morue et de la teinture d'iode. Elle a fait des études considérables et exerce la médecine. Je suis Mée, c'est le féminin de Médecin. J'ai étudié la médecine à Caen et on m'a fait passer le P. C. N. à Paris. On m'a fait faire une spécialité. Je suis docteur. J'aidais le docteur Lubet à préparer les opérations dans mon laboratoire. »

La fabulation s'exerce aussi sur ses origines : « La famille de mon père est exclusivement marine. Mon père s'appelle Monsieur d'Eau ; mon aïeul était l'amiral d'Uy, mon père était diplomate aux colonies. Il possède des îles dans l'Océan Pacifique. »

*Fond mental.* — Le fond mental est difficile à examiner. La moindre déficience est cachée derrière une fabulation plus intense dans la forme que dans le fond. La mémoire est surtout extrêmement troublée. Les souvenirs anciens semblent s'évoquer sans difficulté. Elle sait qu'elle a 48 ans, qu'elle est née au début de 82 et que nous sommes en 1930. Elle a perdu sa mère à l'âge de 11 ans et son père à l'âge de 20 ans. Depuis, elle a toujours vécu chez elle.

Par contre, il reste une amnésie totale de l'accident qui lui est survenue et de son séjour à Sainte-Anne. La mémoire de fixation semble mieux fonctionner depuis son arrivée à Vauclaire. Le 30 octobre, elle se rappelle être arrivée aux alentours de Pâques. Elle connaît les différents quartiers où elle a séjourné. Il est difficile d'avoir une impression exacte des autres facultés intellectuelles. Les troubles de la mémoire d'une part, la fabulation d'autre part, empêchent toute recherche systématique. Elle sait lire, écrire et compter correctement.

*Examen physique.* — Rien d'anormal au point de vue neurologique. Dans le sang : Meinicke 0. Urée 0,43.

Ces amnésies ont été l'objet de tant de recherches que nous ne voulons pas nous attarder à en décrire les caractères.

Nous voudrions toutefois dire quelques mots

d'une forme où la fabulation venant compenser la perte des souvenirs donne une figure toute particulière à cette forme d'amnésie décrite sous le nom de psychose de Korsakoff post-traumatique.

*Syndrome de Korsakoff post-traumatique.* — Il s'agit en général d'un éthylique qui, à la suite d'un traumatisme, est tombé dans le coma. Après un temps variable, il se réveille peu à peu et présente alors à l'examen : des fausses reconnaissances, de la fabulation, de l'amnésie antérograde de fixation. L'habitus extérieur paraît normal, mais le jugement et l'attention sont légèrement affaiblis. Mais c'est surtout l'amnésie qui domine le tableau clinique : le blessé ne peut se rappeler les faits récents et les détails de l'accident. Bien plus, il est incapable de répéter des phrases qu'on vient de lui dire quelques secondes auparavant. Il paraît désorienté dans le temps, pourtant ses souvenirs anciens sont intacts. Pour masquer ces troubles mnésiques, la fabulation est extrême et incohérente, car les dires du sujet sont contradictoires d'un moment à l'autre ; les fausses reconnaissances complètent ce tableau mais s'il y a fabulation sur l'entourage inconnu du malade, par contre il reconnaît fort bien les siens.

Nous fûmes appelés un jour, remplaçant un médecin, auprès d'un malade qui, la veille, avait été victime d'un accident d'automobile et chez lequel la radiographie aussitôt pratiquée avait décelé une fracture de la base du crâne. Nous vîmes un homme

affable, gai, d'une gâté un peu prolixe et bruyante. Il nous reconnut pour un de ses amis les plus chers et nous invita aussitôt « à trinquer » (c'était un alcoolique qui les derniers temps prenait seize apéritifs par jour au dire de sa femme). Il nous dit son nom, le nom de la localité, mais ignorait le jour, faisant remarquer que cela n'avait d'ailleurs aucune importance. Il se mit à raconter des histoires invraisemblable; se mettant en colère si sa femme essayait de le raisonner, ou clignant de l'œil vers nous avec un air de grande commisération pour l'état mental de son épouse. Lorsqu'on fixait son attention, les réponses étaient bonnes, sensées, et traduisaient une bonne conservation de sa mémoire, relativement aux faits anciens; mais sitôt que l'interrogatoire se relâchait, la fabulation reprenait de plus belle. Ce malade mourut deux jours après.

Ce n'est pas heureusement là l'évolution courante de la psychose de Korsakoff post-traumatique, et notre observation IV (Cl ...) montre que la guérison peut survenir. Elle peut cependant passer aussi à la chronicité et le malade se présente alors comme un dément.

Y a-t-il identité clinique entre ce syndrome et le syndrome confusionnel proprement dit? De nombreux auteurs : Gilbert Ballet, Regis, Seglas entre autres, font du syndrome de Korsakoff une forme de confusion mentale, à l'inverse des auteurs allemands et russes, qui en font une entité clinique bien définie. Nous n'en voyons pas la nécessité.

En effet, au premier abord quelques différences apparaissent avec la confusion mentale dans sa forme onirique (absence d'hallucinations (?), mémoire des faits anciens conservée, agitation anxieuse » mais le malade atteint de psychose de Korsakoff nous paraît présenter le même fond mental, souvent désorienté dans le temps actuel, avec de fausses reconnaissances, il a les mêmes troubles intellectuels, c'est, nous semble-t-il un petit confus qui cache la pauvreté de ses concepts, sa dysmnésie, sa bradypsychie, sous le couvert d'une fabulation extravagante, qui montre souvent une incoordination très nette, et son agitation, pour être euphorique, n'en est pas moins anormale. « Il est intermédiaire entre le confus et l'homme ivre ».

\* ■ \*

Tels sont les symptômes par lesquels se révèlent l'incoordination et le ralentissement psychiques dans ces confusions traumatiques. Ils sont, nous semble-t-il, constants et ne diffèrent de l'une à l'autre forme que par leur intensité.

Il n'y a donc qu'une question de degré entre la période de début psychoplogique à confusion extrême, qui traduit la stupeur de l'organisme choqué, la période confusionnelle aiguë, où le psychisme se réveillant révèle le trouble de son fonctionnement et les séquelles confusionnelles légères, moyennes ou graves, qui sont des formes résiduelles.

C'est pourquoi nous nous sommes permis d'insister un peu sur l'évolution de ces confusions traumatiques. En étudiant leurs séquelles nous restions encore dans le cadre de notre travail, et nous avons vu ainsi que la dysmnésie, la fatigabilité intellectuelle, les troubles de l'attention, ne sont que des reliquats du chaos primitif qui régresse, mais persiste encore sous forme de subconfusion plus ou moins marquée, demandant souvent pour être mise en valeur, l'emploi de méthodes d'examen un peu délicates. Mais si le fond mental primitif a passé à la chronicité sans régression, il se traduit alors par une confusion traumatique chronique. Déments traumatiques, pseudo P.G., pseudo D.P., délirants ou non, ne sont en somme que des confus. Tous les autres symptômes sur lesquels on s'appuie pour différencier ces formes les unes des autres : hallucinations, onirisme, agitation, stupeur, catatonie, troubles d'ordre neurologique, ne sont donc que des symptômes secondaires ; certains d'entre eux n'ont même pas de valeur pronostique.

M. Vermeulen ( de Bruxelles) disait le 30 janvier 1924 à la Société Belge de médecine mentale, avoir été frappé par la symptomatologie assez uniforme des troubles psychiques dans les traumatismes crâniens et les tumeurs cérébrales : « il s'agit presque toujours, dit-il, d'amnésie, ou d'hypomnésie de fixation, d'un abaissement net de la capacité d'attention, sans déficit probant de l'intelligence, enfin de troubles de l'affectivité et de l'activité, allant

de la dépression avec apathie plus ou moins complète à l'hypomanie avec agitation inutile. Ces symptômes, ajoute-t-il, semblent plus liés à des causes diffuses qu'à des lésions localisées, qui déterminent surtout des troubles d'ordre sensitivo-moteur. Bien plus, même chez les simples commotionnés, on constate souvent les mêmes symptômes ».

On comprend que ces troubles confusionnels traumatiques étant d'ordre anatomo-pathologique, c'est-à-dire le plus souvent définitifs (la phase primitive d'irritation ne s'effaçant que pour donner lieu à des processus cicatriciels chroniques) ils diffèrent des confusions commotionnelles légères où l'émotion de par ces caractères fugaces, n'a fait que lécher l'organisme — à moins qu'il ne s'agisse de sujets à antécédents pathologiques avérés : déséquilibrés mentaux, débiles, éthyliques surtout. — Ce sont ces syndromes confusionnels qui peuvent être comparés à la confusion mentale toxi-infectieuse banale, mais ceux-là seuls.

L'étiologie organique, traduite par des lésions macro et microscopiques de l'encéphale et de ses enveloppes suffit à expliquer pourquoi nous voulons en séparer les confusions traumatiques. Elle montre encore l'erreur de ces auteurs qui ont plaidé en faveur de la non spécificité de ces confusions, les cas qu'ils ont d'ailleurs cités à l'appui de leur thèse étaient plus souvent des observations d'émotionnés que de blessés réels.

Cette séparation est encore vraie, en partie tout

au moins, pour la symptomatologie car, par son début bruyant, sans phase prodromique, presque parallèle au traumatisme, par l'état stuporeux plus profond, par les hallucinations et l'onirisme moins marqués à la période d'état (si toutefois une infection surajoutée ne vient expliquer leur apparition), par les troubles de la mémoire beaucoup plus nets et persistants, la confusion traumatique mérite encore une place à part, mais c'est surtout par son évolution et ses séquelles qu'elle se différencie des autres confusions toxiques, infectieuses ou émotives. Ces dernières passent tout à fait exceptionnellement à la chronicité ; c'est tout à fait exceptionnellement au contraire que la confusion traumatique cède sans laisser de traces.

Nous allons donc étudier ces lésions anatomiques qui paraissent jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie des états confusionnels traumatiques.

## DEUXIEME PARTIE

### ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

---

Ces états confusionnels des grands traumatismes craniens, nous paraissant être sous la dépendance presque exclusive de lésions organiques, nous devrions étudier leurs facteurs étiologiques avant d'entreprendre la description même de ces lésions. Mais ce faisant, nous risquerions de résumer simplement et bien mal les travaux de Duret sur le mécanisme de la commotion ; aussi, avons-nous l'intention de ne citer ces facteurs qu'en temps qu'éléments producteurs de confusion mentale.

Dans cet ordre d'idées, le rôle du terrain, du choc lui-même, de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, de l'hémorragie, de l'infection ont été tour à tour évoqués, mais si diversement interprétés que l'on ne saurait dresser d'après les travaux parus sur ce sujet une échelle de valeur fixe de ces facteurs entre eux, comme éléments étiologiques de la confusion mentale traumatique.

Aussi avons-nous cru devoir étudier séparément leurs modes d'action, quitte à émettre ensuite une hypothèse générale.

*Rôle de l'infection.* — L'aspect clinique de ces états confusionnels se rapprochant en de nombreux points des syndromes confusionnels toxi-infectieux, l'infection fut longtemps presque uniquement incriminée dans leur genèse. Il est d'ailleurs évident que les germes infectieux trouvent un terrain particulièrement favorable, quand il s'agit d'un organisme fatigué ou taré (Alcoolisme, syphilis, tuberculose, héréditaires ou acquis).

Le choc peut-il, en ces cas, jouer un rôle débilitant identique en exagérant la réceptivité des cellules nerveuses pour les toxiques, comme l'ont supposé MM. Tinel et Santenoise (1), et sidère-t-il la défense de l'organisme devant la marche envahissante de l'infection ? Toujours est-il que la méningo-encéphalite diffuse septique est une cause fréquente des troubles psychiques.

Bouttier cite le cas d'une malade chez laquelle les accès confusionnels oniriques avec agitation motrice coïncidaient avec une réaction ménagée, que révélait la ponction lombaire. Notre observation VII montre un parallélisme net entre l'état mental et l'état infectieux, les poussées confusionnelles coïncidant avec les clochets thermiques et régressant, par contre, après l'acte opératoire curatif. Nous verrons du reste que les lésions microscopiques révèlent parfois une encéphalite inflammatoire de type infectieux.

1. Tinel et Santenoise, *Rôle du choc dans les crises maniaques anxieuses et commotionnelles*. Soc. de Psychiatrie, 31 mai 1920. R. N., juin 1926, t. I, p. 1262.

L'apparition d'un syndrome confusionnel au cours de l'évolution d'une plaie crânio-encéphalique doit donc toujours faire craindre l'infection.

Mais si le rôle de l'infection paraît très logique dans le cas de traumatisme ouvert, fracture du crâne, par exemple, il semble plus difficile à admettre dans le cas de traumatisme fermé, comme cela se produit dans les commotions. Ce sont alors des réactions méningées aseptiques (méningite hypertensive à pathogénie d'ailleurs encore obscure), qui sont invoquées. Nous y reviendrons en étudiant tout à l'heure le rôle de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

*Rôle de l'hémorragie.* — Cette autre complication, fréquente dans les grands traumatismes, a été aussi invoquée comme facteur étiologique des syndromes confusionnels traumatiques. Pratiquement, son rôle est double, mais toujours accessoire. Elle pourrait, dans le cas de traumatisme fermé, jouer un rôle de compression, mais il la faudrait pour cela abondante, comme ce fut le cas dans l'observation publiée par MM. Guillain et Barré (1). Or, la commotion ne s'accompagne en général que de petites suffusions sanguines, légères et disséminées, qui se traduisent à l'autopsie par un piqueté hémorragique bien caractéristique. D'ailleurs, si l'on veut bien se rappeler les statistiques que nous

1. Guillain et Barbé, *Hémor. méningée par commotion*. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 20 juillet 1917, p. 898.

avons reproduites (p. 28), on verra que c'est justement chez les commotionnés que les syndromes confusionnels sont les plus fréquemment observés. Dans les traumatismes ouverts, l'hémorragie pourrait venir favoriser l'infection, mais ici encore elle ne jouerait qu'un rôle accessoire. Nous voyons donc, dans un cas comme dans l'autre, son peu d'importance en temps que facteur étiologique.

*Rôle de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.* — Ce facteur paraît plus important, car sa présence est la règle dans les commotions, même légères, ne s'accompagnant pas de lésions osseuses ou méningées. On l'observe fréquemment au cours de trépanations, le liquide céphalo-rachidien s'échappant alors en grande quantité de la brèche osseuse ou dure-mérienne. Une statistique, publiée par Leriche en 1915, montre que dans 47 cas de commotion, sans lésions osseuses, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien mesurée au manomètre de Claude fut générale. Mestrezat, Logre et Bouttier la signalent comme fréquente, Sicard la retrouve dans 31 cas sur 80 *anciens* commotionnés se plaignant de troubles subjectifs. Sa pathogénie est obscure, différents facteurs paraissent intervenir dans sa production : résorption de petites hémorragies ou produits de désintégration nerveuse. Pour Franck, Poli, Duret, un choc cranien violent suffirait à la produire. D'après ces auteurs, le choc dans une première phase détermine un spasme vasculaire généralisé, avec élévation de la tension artérielle et

chute de la tension veineuse ; dans une deuxième phase, la dilatation paralytique des vaisseaux qui entraînent une congestion et une vascularisation intense des méninges et du cerveau.

Toujours est-il que son rôle dans la production de syndromes confusionnels primitifs ou secondaires est incontestable. Elle agit par compression au même titre que les néoplasmes au cours de leurs développements. Baruck (1) dans sa thèse, a noté l'apparition ou l'accentuation de la confusion sous l'influence d'une poussée hypersensie transitoire occasionnée par une tumeur. Nous-même avons signalé des épisodes qui, dans notre cas, prenaient un caractère onirique chez une malade atteinte de méningo-blastomesous-orbitaire (2). De nombreuses confusions cèdent d'ailleurs à une ou plusieurs ponctions lombaires. Aussi, comprend-on qu'Auvray ait préconisé l'emploi de cette intervention si simple de préférence à une trépanation décompressible souvent dangereuse.

En fait, c'est le traumatisme lui-même qui est vraiment seul la cause essentielle de ces confusions. Les facteurs que nous venons d'énumérer n'agissent qu'en temps qu'ils sont produits par lui.

*Rôle du traumatisme.* — Son action peut être directe et se manifeste par des délabrements plus

1. Baruck, *Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*. Thèse Paris.

2. Masquin P., *Méningo-blastome à calcosphériles avec épilepsie tardive*. Bull. de la Soc. cliniq. de Médec. ment., janvier 1927.

ou moins considérables, créant des foyers possibles d'infection ou d'irritation (encéph. traum. non suppurée) esquilles ; elle est alors localisée (plaies pénétrantes, coups de pied de cheval), mais doit intéresser, pour entraîner seule la production d'un état confusionnel, de larges surfaces encéphaliques. On sait en effet combien les blessures localisées ne s'accompagnent qu'assez rarement de troubles mentaux et comment des pertes de substance cérébrale, parfois même considérables, sont relativement bien supportées des blessés, surtout lorsqu'elles intéressent des zones muettes.

Son action peut être *indirecte* (commotion) et le choc se transmet alors par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien à toute la masse encéphalique, créant des lésions plus légères, mais généralisées (micro traumatisme diffus), condition nécessaire, semble-t-il, à l'apparition de syndromes confusionnels. Duret, et depuis MM. Claude et Lhermitte, ont bien montré quel était le mécanisme qui allait déterminer ces lésions. Apoplexie capillaire, altérations cellulaires et dilatation des espaces péri-vasculaires, lésions méningées de type scléreux ou fibreux avec adhérence au cortex, sont les lésions les plus fréquemment observées dans tous ces cas.

Nos observations anatomo-pathologiques, présentent en outre des lésions de type inflammatoire diffus qui semblent devoir expliquer l'état confusionnel observé au moment de la mort.

De multiples facteurs concourent donc à la pro-

duction de ces états confusionnels traumatiques. Leur action ne se fait que bien rarement isolément, ils s'intriquent le plus souvent les uns aux autres. Certains auteurs ont voulu néanmoins différencier suivant leur séméiologie psychique l'étiologie des états confusionnels et, par là même, préjuger de la thérapeutique à appliquer à chaque cas. A la commotion organique et aux compressions lentes, correspondraient des formes à inertie mentale ; à l'irritation de l'écorce par une hémorragie diffuse, une excitation à tendance hypo-maniaque ; à l'infection, la confusion onirique (Bouttier).

Nous n'osons nous prononcer sur ces points ; un long séjour dans un service de chirurgie, où les traumatismes craniens encéphaliques présentent en général la première phase, si ce n'est la totalité de leur confusion mentale aiguë, serait nécessaire. Mais il nous paraît malgré tout difficile, même après l'observation de nombreux cas, de juger de l'étiologie du syndrome confusionnel observé, d'après sa symptomatologie ; d'autant plus que ces différents facteurs étiologiques paraissent presque toujours intriqués. L'étiologie commande-t-elle même l'évolution mentale de la maladie ? Ce problème est difficile à résoudre, car les faits précis manquent, ces blessures craniennes étant d'un pronostic beaucoup moins réservé du point de vue chirurgical que mental, et les commotions n'entraînant pour leur compte qu'exceptionnellement la mort, et rarement la nécessité d'une intervention chirur-

gicale. Souvent donc le facteur lésionnel demeure inconnu. Toujours est-il que, quel que soit son aspect clinique dans sa phase aiguë primitive, tout syndrome confusionnel peut indifféremment évoluer ensuite vers une rémission plus ou moins complète ou une période définitive de chronicité.

Ces deux périodes cliniques de l'évolution mentale vont se caractériser histologiquement par des lésions d'aspect bien différents :

1° Des lésions de type inflammatoire, infectieux ou irritatif, caractéristiques de la période aiguë ;

2° Des lésions de type cicatriciel, caractéristiques de la période de chronicité.

Nous serions mal venus de sembler vouloir tenter ici une description générale de ces lésions, en nous avançant sur ce terrain particulièrement épineux et encore mal connu.

Cette étude dépasserait d'ailleurs le but que nous nous sommes proposé, ce chapitre étant simplement destiné, ainsi que nous l'avons dit en commençant, à montrer la réalité des lésions que nous invoquions comme base organique des syndromes confusionnels traumatiques.

Nous aurions pu rappeler les travaux d'Erichsen, Krafft-Ebing, Holder, Koppen, Claude et Lhermitte Mairat et Durante, Pitres et Marchand. Nous préférons apporter de nouvelles observations comme contribution à cette large étude. Nos cas ont l'avantage d'avoir présenté, au cours de leur évolution, des épisodes confusionnels. Ils ne sauraient mieux

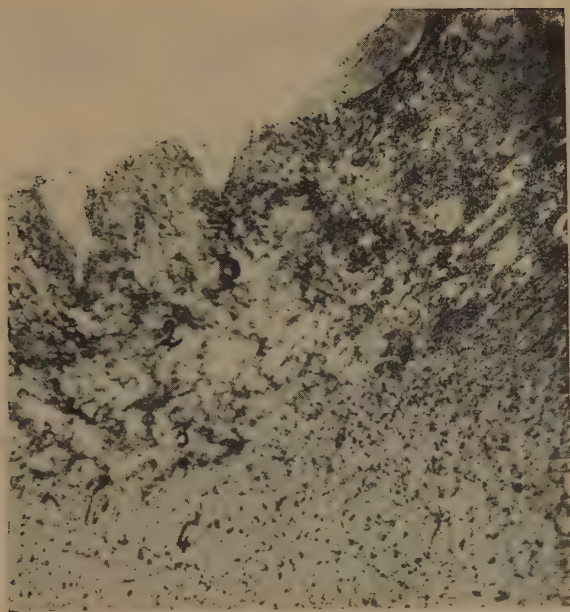


FIGURE 1

- I. Pom... Cicatrice fibro-névroglie (Van Gieson).  
 1. Couche fibreuse pie-mérienne.  
 2. Couche vasculaire (vaisseaux gorgés de sang).  
 3. Couche névroglie.  
 4. Substance blanche sous-corticale.



FIGURE 2

- II. Pom... Névroglie 1<sup>re</sup> Fr. dr (Hortega).  
 Sclérose névroglie. Prolifération des cellules et formations  
 des fibrilles névroglie.



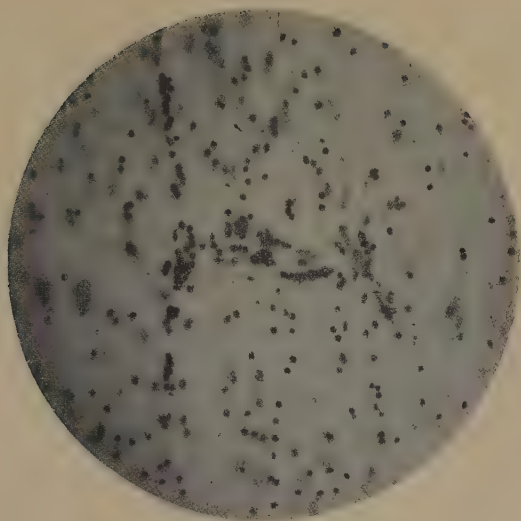


FIGURE 3

III. Pom. . 2<sup>e</sup> Fr. gauche. Capillarité sous-corticale.



FIGURE 4

IV. Pom. front. ascend.

Dilatation de l'espace périvasculaire par des infiltrations périvasculaires; lymphocytes et corps granuleux bourrés de pigments.



cadrer par conséquent avec l'ensemble de notre travail. L'un nous a été très aimablement communiqué par notre maître, M. Trenel, l'autre a été étudié du point de vue anatomo-pathologique, par M. Marchand, qui l'a récemment publié en collaboration avec M. Courtois, et nous-même. Les micro-photographies préparées dans le laboratoire de M. Marchand à l'Hôpital Henri-Rousselle, ne figuraient pas dans cette publication.

OBSERVATION XVIII (résumé de l'observation clinique). — P... René, 32 ans, entré à l'hôpital Henri-Rousselle le 19 avril 1930.

Il n'a pu être conservé, en raison de son agitation à l'Hôpital Broussais, où on l'avait hospitalisé pour une tentative de *suicide* (Plaie profonde du poignet gauche par coup de rasoir).

Sujet normal jusqu'à l'âge de 19 ans. Il fait alors une chute du 2<sup>e</sup> étage. Fracture du rocher. Coma, liquide céphalo-rachidien sanglant.

Depuis cet accident, graves modifications du caractère, irritabilité, colères. Apparition trois mois après la chute, de crises épileptiques généralisées, qui se répétèrent tous les 15 jours environ. En outre, état dépressif en partie légitimé par les troubles subjectifs consécutifs du traumatisme et surtout par les crises comitiales. Plusieurs tentatives de suicide au cours d'épisodes confusionnels. Pas d'éthylisme. Pas de syphilis dans les antécédents. B.-W. et Meinicke : négatifs.

Dès l'entrée, état fébrile conditionné par une congestion

pulmonaire bilatérale. Grandes oscillations thermiques (39-41°). Mauvais état général. Torpeur. Obnubilation intellectuelle. Bientôt état confusionnel très marqué avec agitation motrice, turbulence surtout nocturne. Onirisme. Désorientation partielle dans le temps et le lieu. Aucun signe neurologique.

Urines : 0,33 d'albumine. Azotémie : 0,48. La P. L. n'a pu être pratiquée, en raison de la gravité de l'état général et de l'agitation du malade.

Légère amélioration vers le 25 avril. Mais deux jours après, l'état général s'aggrave à nouveau ; le malade retombe dans sa torpeur. Apparition d'idées délirantes de persécution et hypochondriaques sans systématisation. Opposition aux soins, prétend qu'on veut l'empoisonner avec les piqures. Gâtisme.

La confusion devient de plus en plus complète, propos incohérents. Affaiblissement progressif, nouvelles poussées thermiques (40°). Apparition du coma, le 6 au matin ; décès dans la nuit du 6 au 7.

*Autopsie : I. Système nerveux.* — L'extraction de l'encéphale ne présente rien d'anormal. On ne trouve aucune trace de la fracture du crâne qui a eu lieu trois ans auparavant.

A la face convexe des hémisphères, au niveau des lobes frontaux seulement, on note la présence de nombreux petits points blanchâtres disséminés sur la pie-mère, sans aucun rapport avec le trajet des vaisseaux. Sur la première frontale droite il existe une dépression corticale profonde de 2 à 3 millimètres, s'étendant sur une longueur de 1 centimètre et demi et sur une largeur de 2 à 3 millimètres. La partie supé-

rieure de la dépression atteint la partie la plus élevée de la circonvolution formant le bord de la scissure interhémisphérique. Pas d'autres lésions macroscopiques.

L'hémisphère droit pèse 675 gr., le gauche 680 gr. le cer-  
velet et le bulbe 185 grs.

L'examen des autres organes ne décèle rien de particulier.

*Examen histologique : Système nerveux.* — Deux ordres de lésions sont à envisager :

a) La lésion localisée du lobe frontal droit ;

b) Les lésions diffuses du cerveau ;

a) *La lésion du lobe frontal droit* est constituée par une cicatrice fibro-névroglique. Au niveau de la dépression, on constate que la substance grise de la circonvolution est détruite ; le fond de la cupule correspond à la substance blanche sous-corticale. Le tissu cicatriciel comprend 3 couches :

1<sup>o</sup> Une couche externe fibreuse peu vasculaire, qui n'est autre que le tissu pie-mérien épaissi, comprenant plusieurs couches stratifiées de tissu conjonctif ;

2<sup>o</sup> La 2<sup>e</sup> couche est formée également de tissu conjonctif, mais très vascularisée, elle comprend un lacis de vaisseaux et des lacs sanguins gargés de sang.

3<sup>o</sup> La 3<sup>e</sup> couche est formée d'un tissu névroglique comprenant de nombreux astrocytes munis de gros prolongements ; il sont disséminés dans un tissu fibrillaire à mailles très serrées. Dans cette couche, on note la présence de cellules nerveuses calcifiées. Toutes ces couches sont intimement soudées l'une à l'autre.

Les vaisseaux compris dans le voisinage de tissu cicatriciel sont entourés de gros macrophages bourrés de pigments foncés.

b) *Les lésions diffuses*, intéressent la pie-mère et les différentes régions du cerveau.

La pie-mère au niveau des lobes frontaux est très épaisse et adhérente par place au cortex.

Les cellules corticales prennent mal les colorants ; leur cytoplasme garde uniformément une coloration pâle par la méthode de Nissl. Noyaux excentriques.

De nombreux vaisseaux des régions sous-corticales sont entourés de cellules rondes qui parfois forment des groupes de 10 à 15 éléments.

Certains vaisseaux du cortex, dans les régions motrices des deux hémisphères, ont leur adventice bourrée de gros monocéaires remplis de granulations se colorant en vert par la méthode de Nissl et en brun par le Van Gieson.

Pas de lésion dans les noyaux gris centraux, le pédoncule et le bulbe.

La pie-mère cérébelleuse est le siège d'une légère réaction méningée.

*Organes* : Rein. Légère néphrite scléreuse. Quelques glomérules sont transformés en tissu fibreux.

OBSERVATION XIX (résumée). — Fr... du Ch..., entré le 15 août 1926 dans le service de l'Admission de l'Asile-Clinique, avec le certificat suivant :

Syndrome confusionnel post-comitial avec impulsions violentes et idées délirantes polymorphes (il est Dieu. Il a tout créé) ; attitude méfiante et agressive, menaces (Dr Porcher).

Pendant les 5 jours qu'il fut hospitalisé, Fr... présenta un délire aigu dont l'histoire nous est donnée dans le certificat rédigé le 31 août (10 jours après la mort), par M. Trenel :

« Délire aigu avec hyperthermie (40°) continue. Inconscience complète. Résistance aux soins. Violences. Mutisme invincible. Alimentation difficile. Rétraction de la paroi abdominale, Ventre en bateau. Semis abondant d'ecchymoses punctiformes de la face et du cou. Exagération des réflexes. Réaction B.-W. = négative. S. et L.-C. R. — Le liquide c.-r. contenait du sang provenant de la ponction qui n'a pu être renouvelée en raison de la terminaison fatale survenue le 6<sup>e</sup> jour.

Néanmoins, absence de lymphocytose constatée après action de l'acide acétique. Examen des pupilles impossible, en raison de la résistance invincible du malade. Le malade, d'après renseignements de la famille, aurait subi une commotion par torpille en 1915. Depuis cette époque, il aurait des attaques épileptiques et aurait présenté un premier accès d'excitation en janvier 1926. L'accès qui a amené son placement à l'Asile aurait débuté le 5 août à la suite d'une attaque épileptique. L'accès actuel peut être considéré comme un cas de fureur épileptique. La présence d'ecchymoses faciales et cervicales donnent la signature de la maladie. Si les renseignements sur les antécédents vérifient ceux donnés par les parents, il y a lieu d'attribuer la mort à un accès de délire consécutif à une épilepsie traumatique par blessure de guerre (Dr Trenel).

*Examen histologique du cerveau* (1929). — Rien dans les méninges, ni épaissement, ni infiltration embryonnaire, ni adhérences.

Impossibilité de faire un examen délicat des cellules nerveuses, aucune lésion des fibres tangentielles ;

Dans la plupart des préparations, dilatation énorme des

espaces péri-vasculaires dont la plupart renferment de nombreux corps bourrés de pigments.

Quelques vaisseaux présentent un épaississement lâche de leur adventice qui renferme aussi de nombreux corps granuleux remplis de pigments.

Ces lésions périvasculaires semblent indiquer que le cerveau a présenté de nombreuses hémorragies péri-vasculaires, actuellement résorbées et dont les lésions actuelles représentent les séquelles.

Dans la substance blanche sous-corticale, sur de nombreuses préparations on remarque autour des capillaires des groupements de cellules rondes qui présentent les caractères de lymphocytes.

De nombreux capillaires sont bordés de ces cellules. Cette lésion semble indiquer une inflammation terminale survenue chez le sujet. On peut cataloguer cette lésion inflammatoire : leuco-encéphalite aiguë (Dr Marchaud).

## TROISIÈME PARTIE

### ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

---

Nous touchons ici un des points les plus importants de l'étude des syndromes confusionnels dans les grands traumatismes craniens et de leurs séquelles. En effet, ce chapitre médico-légal nous conduit à envisager des problèmes du plus haut intérêt et nous dirons même d'un intérêt plus général que l'étude des symptômes.

Au cours de notre étude clinique, nous avons vu ces blessés présenter au cours de l'évolution de leur maladie des réactions plus ou moins graves, expliquées par les troubles de leur affectivité et par le fléchissement de leurs capacités intellectuelles. Ainsi pourront-ils être invités à rendre compte devant les tribunaux d'actes délictueux par eux commis. Jusqu'à quel point doivent-ils être jugés responsables de ces délits ? Tel est le premier point que l'expert devra souvent établir. Nous avons vu aussi comment ce fléchissement psychique leur rendait pénible tout travail, obligeant parfois « ces éclopés mentaux » à changer de métier, diminuant toujours leur valeur professionnelle si bien qu'ils ne trou-

vent plus aucun employeur pour les utiliser et qu'ils devront même, dans certains cas, être légalement écartés des fonctions qu'ils remplissaient auparavant. Ainsi se pose le problème de leur indemnisation.

Enfin, ne peut-il par contre, se trouver des individus pour alléguer un traumatisme inexistant ou des traumatisés qui, plus ou moins consciemment, exagéreront les troubles ressentis, s'en faisant un bouclier pour éviter les coups de la justice, ou un moyen d'attirer sur eux l'attention ou la pitié de leurs concitoyens ?

Nous devons donc étudier successivement dans ce chapitre :

1<sup>o</sup> Les réactions médico-légales des confus post-traumatiques ;

2<sup>o</sup> La conduite à tenir de l'expert dans :

- a) L'examen du traumatisé ;
- b) L'évaluation de sa responsabilité pénale ;
- c) L'évaluation de son incapacité professionnelle et son indemnisation.

### I. — Réactions médico-légales.

Les réactions observées au cours des syndromes confusionnels traumatiques varient suivant le *type clinique* de la confusion et la *période* de la maladie dans laquelle elles se produisent.

C'est ainsi que certaines réactions sont le propre des formes aiguës à type maniaque, où l'agitation

domine la scène (violences, voies de fait). D'autres demandent, pour être exécutées, une certaine coordination des idées et des actes malgré le fléchissement intellectuel : les escroqueries, abus de confiance, n'appartiennent qu'à la période de chronicité, véritable période médico-légale.

Toutes ces réactions relèvent malgré tout, des mêmes troubles affectifs et intellectuels, constants, mais plus ou moins accusés dans les différentes formes cliniques de ces états. On comprend donc que nombre d'entre elles pourront se retrouver indifféremment dans une forme ou dans l'autre. Malgré cela, nous avons pour plus de clarté, classé ces réactions suivant les stades évolutifs de la maladie ; toutefois, nous avons tenu, d'ores et déjà, à marquer cette réserve.

A. — *Réactions de la période confusionnelle aiguë.*

Cette phase est cliniquement précédée, ainsi que nous l'avons vu, par une phase dite prodromique, ou de psychoplégie. L'état du blessé présente alors un affaissement psycho-moteur tel, que toute réaction lui est interdite et ce n'est qu'à mesure que l'inhibition s'atténue qu'apparaîtra la possibilité d'actes délictueux.

Du point de vue médico-légal, cette phase ne présente qu'un seul intérêt ; il s'agit de savoir si le traumatisme et le syndrome mental qu'il paraît avoir déclenché ne sont pas, en réalité, secondaires

à un incident relevant d'un état organique morbide antérieur (crise épileptique ou ictus chez un hypertendu) ayant entraîné une chute, ou si le traumatisme a bien été le seul élément primitif étiologique de la confusion.

Après cette phase de psychoplégie, nous avons vu le blessé se présenter, du point de vue clinique, sous deux aspects principaux bien différents l'un de l'autre : dans l'un, l'*excitation motrice* et psychique domine la scène, dans l'autre, l'*état dépressif* attire avant tout l'attention. Mais le point commun de ces états confusionnels aigus, c'est l'incoordination complète des processus intellectuels, ce qui donne aux réactions un caractère de soudaineté, de spontanéité, d'impulsivité bien caractéristique et qui fait éliminer, sans contre-dit, toute hypothèse de préméditation. Le blessé a du reste, à cette période, un aspect suffisamment caractéristique pour faire reconnaître en lui un malade, un anormal.

Les réactions des *confus agités* sont surtout les violences, menaces, voies de fait, rébellion, outrages. C'est ainsi que notre malade Pl... (obs. VI) menaçait et injurait le médecin qui venait le visiter au cours de son état confusionnel. On cite encore le cas d'un soldat qui après une commotion menaçait de sa baïonnette quiconque essayait de l'approcher. Dans la règle, les blessures graves causées par ces malades sont rares (nous parlons évidemment des confusions dans lesquelles le traumatisme a joué le rôle étiologique principal). Le mauvais état physique

est souvent la sauvegarde de l'entourage de ces blessés, et si la soudaineté des réactions en fait le danger, l'incoordination psycho motrice, par contre, leur fait souvent manquer le but.

Dans les *formes dépressives*, les réactions médico-légales sont toutes différentes. Les idées de suicide sont ici fréquentes [observ. VI (Pl...) IV (Del...)], leur réalisation est cependant assez rare.

Quant aux autres délits, ils consistent surtout dans ces formes, en fugues, abandons de poste, et rappellent par leur aspect, les accès d'automatisme ambulateur d'origine comitiale. Ils sont propres aux formes organiques légères et l'élément émotionnel paraît y avoir une part étiologique assez grande. Cette discrimination paraît d'ailleurs n'avoir qu'une valeur purement théorique, car en fait, elle ne peut intervenir dans le calcul de la responsabilité. Son intérêt médico-légal ne tient guère qu'à une question de pronostic ultérieur, car si ces formes légères sont plus riches en réactions, elles présentent par contre une évolution plus rapide vers la guérison.

Du reste, ces réactions n'acquièrent vraiment une certaine gravité que dans un milieu à obligations aussi nombreuses et aussi strictes que l'armée, comme l'a fait remarquer M. Chavagny. Elles tombent alors sous la sanction de peines disciplinaires graves et de poursuites devant le Conseil de guerre. Or, ces réactions se trouvant surtout dans des cas à atteinte organique légère, c'est dire la plus ou

moins grande rapidité de la régression de l'état morbide, ce qui n'est pas fait pour simplifier le problème.

B. — *Réactions de la période de chronicité.*

Dans cette phase de chronicité nous avons distingué des séquelles minimes, moyennes et graves. Un trait commun les unit en les superposant, c'est l'aggravation progressive d'une phase à l'autre des troubles des fonctions intellectuelles inférieures (mémoire, attention) ou supérieures (jugement, raisonnement), avec un fond permanent d'irritabilité, d'hyperémotivité.

C'est dire qu'il est des cas minimes où il est difficile d'arguer d'une commotion ancienne pour plaider l'irresponsabilité dans de gros délits ou réclamer des dommages importants. L'irritabilité, les troubles psychiques, affectifs ou intellectuels des séquelles légères, sont minimes et n'altèrent en tous cas pas le sens critique le plus élémentaire.

Dans d'autres cas au contraire, de gros troubles du jugement joints à une débilité acquise, pourront entraîner des réactions où la responsabilité du blessé paraît être très diminuée. Porot, dans son rapport sur la criminalité des blessés du crâne, a insisté sur ces points. Nous-mêmes, avons montré les différences cliniques que présentaient ces différents groupes de séquelles et les troubles psychiques qui permettent d'expliquer jusqu'à un certain point les réactions médico légales de la période de chronicité.

Résumons-nous, en disant qu'à leur origine se trouvent toujours :

a) *De l'affaiblissement intellectuel* plus ou moins prononcé, qui, dans les formes de séquelles moyennes, entraîne déjà un certain fléchissement du jugement et de l'auto-critique, pour aboutir, dans les formes graves, à un état de confusion extrême ;

b) *Des troubles de l'affectivité et de l'humeur* : inertie, indifférence ou irascibilité, impulsivité, etc...

c) *Des états délirants* plus ou moins systématisés.

Cet état mental fait de ces malheureux des déclassés, incapables de travail, chassés par tous les employeurs, en charge à leur famille, ne relevant ni de l'hôpital, ni de l'asile, à moins que leurs troubles mentaux ne soient trop prononcés ; mais même dans ce cas, le calme, l'inertie qu'ils présentent habituellement font hésiter les leurs à se séparer d'eux. Ils traînent ainsi une vie misérable et lorsque le déficit intellectuel n'est pas trop prononcé, ils peuvent se laisser entraîner à des indécidatesses que leur sens critique et moral affaibli ne leur permet plus de discerner (observ. IX).

Il semblerait, *a priori*, que la criminalité soit assez élevée dans les formes confusionnelles chroniques ; il n'en est rien, ainsi que l'a montré Porot. Voici ce qu'il écrit au sujet d'une enquête faite par lui sur la criminalité des blessés du crâne.

« Sur cette question, quelques collègues ont réservé leur réponse étant donné leur expérience

restreinte. Beaucoup nous ont franchement répondu : non (D<sup>rs</sup> Abadie, Verger, Hesnard, Charon). Se basant sur les sujets de cette catégorie, examinés au Centre de Réforme, le médecin major Rouquier, de Lyon, estime qu'il n'y a pas plus de criminels chez eux que chez d'autres sujets, en tenant compte de l'état antérieur. Même remarque du D<sup>r</sup> Molin de Teyssieu, qui, ayant examiné à Bordeaux, pour le Ministère des Pensions, près de 400 traumatisés cranio-cérébraux, n'en a trouvé qu'un qui, à sa connaissance, avait eu maille à partir avec la justice. Ce dernier expert fait cependant une exception pour les traumatismes cranio-cérébraux de la première enfance, qui seuls, lui paraissent pouvoir déterminer des troubles susceptibles de favoriser plus tard la criminalité. Cheveneau, dans les conclusions de sa thèse, écrit que la délinquance, chez les trépanés, est rare.

Le D<sup>r</sup> Vervaeck, de Bruxelles, est plus affirmatif et estime la criminalité « incontestablement plus fréquente chez les blessés du crâne que chez les autres », surtout ajoute-t-il « pour les délits de violence et probablement les délits sexuels ». Cette opinion affirmative est aussi celle du D<sup>r</sup> Du Mazel, expert-psychiatre du Maroc.

Notre avis est qu'il n'est guère possible de se prononcer de façon absolue sur cette fréquence plus ou moins grande. Les troubles résiduels de l'humeur ou l'affaiblissement intellectuel du sujet, quand ils existent, le prédisposent incontestablement à des réactions nocives, mais par contre com-

bien de ces mutilés, conscients de leur fragilité, trouvent dans une timidité acquise, dans leur isolement hypocondriaque ou dans la tutelle qu'exerce leur entourage une existence ralentie ou protégée qui diminue pour eux les heurts journaliers de la vie et les frictions sociales, causes de conflits et de délinquance. A plus forte raison les grands invalides cranio-cérébraux immobilisés chez eux ou dans les hospices ou asiles.

Ce qui fait qu'au total l'équilibre se rétablit, l'immobilisation des uns contrebalançant l'expansion des autres et que, en chiffres absolus, la fréquence de la délinquance et de la criminalité ne doit pas être beaucoup plus grande chez les blessés cranio-cérébraux que chez les autres sujets.

L'opinion que nous venons d'exprimer est valable du moins pour les cas que nous appellerons purs, c'est-à-dire pour ceux où le mutilé n'a vraiment à son actif que le traumatisme. Mais quand la situation est mâtinée d'un état constitutionnel ou surtout d'un appoint éthylique, les réactions nocives deviennent incontestablement plus fréquentes et plus tragiques ».

Plus loin, Porot, dans une statistique portant sur 60 cas, signale comme réactions médico-légales les plus fréquentes :

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Meurtre, assassinat .....                                                                                                     | 12 |
| Violences (coups et blessures, voies de fait, rébellion, outrages, dégradation ou bris d'objets, mendicité avec menaces ..... | 14 |

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vol, escroquerie, faux, abus de confiance, usurpation<br>d'état-civil, grivèlerie..... | 24 |
| Outrages et attentats à la pudeur, exhibitionisme, viol.                               | 8  |
| Incendie.....                                                                          | 3  |
| Délit anti-patriotique, propagande anarchiste.....                                     | 2  |

Ce sont les troubles du caractère qui expliquent les réactions violentes ou même le meurtre.

L'affaîssement du jugement, de l'auto-critique, et par suite, le déclanchement des instincts primitifs et inférieurs de l'individu, expliquent les vols, abus de confiance, escroquerie, attentats et outrages à la pudeur ; mais ce qui caractérise alors ces réactions, c'est l'atmosphère de stupidité, d'inutilité, de manque de précautions qui les entourent. Enfin, les troubles de la mémoire, la fabulation, peuvent être retenus comme causes de petits délits, tels que injures à magistrats, faux témoignages.

En somme, à la phase confusionnelle aiguë, répondent des actes délictueux, rarement graves en matière civile ; à la phase de chronicité, appartiennent quand ils sont vraiment de nature confusionnelle les délits stupides. Le crime est toujours rare. Ces notions sont importantes nous semble-t-il à connaître pour un expert, qui pourrait se laisser impressionner par l'opinion souvent énoncée, qu'un blessé du crâne doit toujours être reconnu irresponsable.

Le dosage de la responsabilité est en effet la grosse question que posent ces actes délictueux. Mais nous avons vu qu'ils relevaient de troubles

affectifs ou intellectuels qui, dans d'autres cas, poseront d'autres problèmes : Evaluation de l'incapacité fonctionnelle d'un confus traumatique et son indemnisation. Les bases sur lesquelles se calculent ces différentes questions sont toujours les mêmes et nous entraînent à étudier la conduite à tenir de l'expert dans ces différents cas.

## II. — Conduite à tenir de l'expert.

Elle doit tendre avant tout à prouver le rapport de cause à effet entre l'état du malade pour l'examen duquel il a été choisi, et la blessure invoquée par celui-ci. Il est évident que ce problème est facile dans certains cas typiques : délabrement plus ou moins grave, atteinte organique évidente, se révélant au seul examen clinique (fracture du crâne avec otorragie ou épistaxis, coma, paralysies, etc...), mais il sera autrement délicat dans les cas plus légers et notamment lorsqu'il s'agit de « blessures internes ». C'est alors que les moindres signes d'atteinte de l'encéphale devront être recherchés en vue d'affirmer un diagnostic et de fixer un pronostic probable.

Les cas récents ne sont pas les plus difficiles, le blessé est encore en pleine confusion mentale aiguë ou celle-ci commence à régresser. Mais que faut-il penser de traumatisme allégué, remontant à des années ou même à l'enfance pour expliquer des troubles que le malade présente comme des séquelles ?

La tâche, on le voit, ne sera pas toujours très facile. Aussi, la première condition que doit réaliser l'expert pour se débattre au milieu de ces problèmes, parfois extrêmement complexes, c'est d'être compétent et par conséquent spécialisé. S'il ne l'est pas, il n'hésitera pas à demander l'adjonction d'un spécialiste neuro-psychiatre. Cette adjonction, d'accord avec les partis, est d'ailleurs licite, spécialement en matière civile, puisqu'il est presque toujours indiqué dans le jugement : « L'expert s'entourera de tous les renseignements utiles. »

Le *premier point* de cette expertise sera l'examen physique et psychique, du sujet, et des conditions du traumatisme lui-même (lieu, nature du choc, rapports des témoins, etc...).

Le *deuxième point* tâchera de préciser l'état antérieur du blessé.

De ces deux facteurs devra se déduire le rapport de cause à effet contre le traumatisme invoqué et l'état mental observé lors de l'expertise et la proportion dans laquelle cette étiologie doit être retenue.

#### EXAMEN DU SUJET.

Cet examen dépend essentiellement de l'époque à laquelle le blessé est visité par rapport au traumatisme : ecchymoses, plaies superficielles pendant les premiers jours, cicatrices plus tard, lésions osseuses surtout, enfoncement définitif de la boîte crânienne, orifice de trépanation, fêlures, traits de fracture,

pour le dépistage desquels la radiographie est indispensable, sont autant de signes à rechercher.

Le rapport chirurgical, s'il y a eu intervention, donnera des renseignements sur l'état dans lequel se trouvaient les méninges et l'encéphale lors de l'opération, et dira surtout si la dure-mère a été incisée. Pour de nombreux auteurs, MM. Claude et Guillaïn en particulier, l'ouverture des méninges est un mauvais élément de pronostic. Les stigmates neurologiques relevant de la blessure : troubles moteurs, sensitifs ou réflexes, les troubles labyrinthiques, seront autant de points pour affirmer la nature organique du traumatisme. Mais il s'agit le plus souvent alors de grands traumatismes dont la preuve n'est pas à faire. La question est plus délicate dans le cas de traumatismes fermés, de blessures internes, telles qu'en présentent les commotionnés. Les travaux de MM. Claude et Lhermitte, Guillaïn, etc... ont montré que même dans ces cas, l'atteinte organique est fréquente. La ponction lombaire présentera pour le dépistage de ces formes un bon moyen d'investigation, en montrant les modifications du liquide céphalo-rachidien (hypertension, hyper-albuminose, hyper-glycorachie, symptôme dont la valeur a d'ailleurs été très exagérée, légère lymphocytose et parfois présence de sang).

Certains de ces symptômes peuvent se retrouver même à la période des séquelles. C'est ainsi que Sicard a retrouvé l'hypertension et l'hyper-albuminose dans 31 cas sur 80. La ponction lombaire a

encore un autre avantage, c'est son action thérapeutique dont la réalité est indiscutable. A la période aiguë, elle doit, très fréquemment, être préférée à une trépanation décompressive, intempestive et parfois dangereuse, ainsi que l'a montré Auvray. Elle seule suffit souvent à faire rétrocéder les phénomènes hypertensifs. A la période de chronicité, elle peut rendre encore les mêmes services et soulager souvent ces malades pour un temps. Malheureusement elle n'est pas obligatoire, l'expert ne peut l'exiger, le malade pouvant légalement s'y refuser.

Chavigny a insisté sur la valeur de certains signes physiques dans l'examen rétrospectif de ces états confusionnels, l'amaigrissement par exemple, et surtout l'inscription sur les ongles de sillons unguaux, témoins formels de troubles nutritifs. Ces sillons apparaissent aux ongles des mains à la base de la lunule trois semaines après l'accident qui leur a donné naissance et leur vitesse d'accroissement étant ensuite de un millimètre par semaine, on pourrait situer rétrospectivement la date de l'épisode confusionnel (*Ann. Méd. Psychol.*, 1919, p. 384).

Mais il faut savoir que même dans le cas où cet examen physique ne donnerait que peu de renseignements, il n'en faudrait pas conclure à la nature non traumatique du syndrome confusionnel. Tout au plus peut-on penser à la prédominance du rôle émotionnel et espérer, par conséquent, une évolution plus favorable, s'il n'y a toutefois pas d'antécédents mentaux (c'est ce qui ressort de notre observa-

tion III et du rapport médico-légal de M. Claude).

L'examen psychique doit avant tout retenir l'attention. Approfondi, rigoureux, suffisamment prolongé, il donne des résultats parfaits. Malheureusement, nous devons déplorer ici les conditions matérielles tout à fait défavorables dans lesquelles les expertises doivent être le plus souvent conduites. Pour quelques cas de confusion mentale aiguë, où le malade sera hospitalisé dans une maison de santé ou à l'asile, et placé dès lors sous une surveillance médicale continue, dans d'autres circonstances par contre, et bien plus fréquentes, le peu de réactions dangereuses qu'il présente, permet à la famille de conserver le blessé auprès d'elle, ou bien un acte délictueux l'a conduit en prison. Il en est ainsi pour les confus chroniques, pour tous les cas de séquelles légères. Comment exiger l'hospitalisation qui serait indispensable à ces examens prolongés, impossibles à domicile ou à la prison, surtout lorsqu'il s'agit de dépister l'exagération ou la simulation ?

Sur ces points, la procédure militaire a un gros avantage : elle prévoit toujours l'hospitalisation dans une formation spécialisée. Cette mesure est aussi légalement prévue dans certains pays étrangers.

Nous n'insisterons pas sur l'examen psychique du sujet, notre étude clinique suffit à montrer quels devront en être les points essentiels.

Relativement facile dans les confusions aiguës et

dans les grandes confusions traumatiques chroniques, il est plus délicat dans les formes résiduelles où un léger déficit des fonctions intellectuelles devra, pour être décelé, demander un examen minutieux et prolongé. Ce n'est souvent qu'au bout d'une demi-heure, d'une heure d'efforts, tout à la fin d'un examen que le déficit apparaît, la fatigabilité intellectuelle caractéristique de ces états venant briser l'enveloppe d'apparence normale qui les entoure. D'ailleurs, il est facile de prévoir que le rôle de l'expert sera plus souvent de retrancher dans le cortège symptomatologique d'une luxuriante richesse que déroule un malade en vue d'obtenir un pourcentage d'indemnité plus élevé ou pour échapper à des poursuites engagées contre lui.

L'ancien traumatisé a tout avantage à charger le tableau de détails infinis et il n'y manque en général pas. La grande confusion agitée ou dépressive, les états démentiels sont faciles à reconnaître. Or, c'est justement sous ces formes que se présenteront les simulateurs maladroits, leur imagination concevant ainsi la folie. D'autres préféreront le mutisme. Mais le tableau sera trop coordonné ou bien des symptômes contradictoires s'entrechoqueront. Un œil averti s'y trompe rarement quand il lui est donné d'examiner à fond le malade et de le placer sous une surveillance éclairée et constante.

Plus difficiles à dépister seront ces malades qui exagèrent des symptômes réellement éprouvés.

Disons, d'ailleurs, que cette exagération est souvent subconsciente, en partie tout au moins. Nous avons vu comment le pithiatisme pouvait jouer un rôle dans la production, la modification et l'entretien de ces états. Ce sont là des problèmes d'une infinie délicatesse. On ne saurait même trouver de règles de conduite générale ; il n'y a ici que des cas particuliers et l'on comprend aisément que différents experts peuvent se contredire dans le dosage de ces troubles.

Un des symptômes qui paraît avoir le plus de valeur dans ces expertises rétrospectives de confusions traumatiques, car c'est dans la majorité des cas un symptôme définitif dont les caractères restent immuables, c'est l'amnésie traumatique, seul trouble persistant, inaltéré, inaltérable, qui durera jusqu'à la fin de l'existence de l'individu, alors que les autres troubles de la série confusionnelle vont plus ou moins régresser ou même disparaître, et ne peuvent être que très vaguement évoqués par l'entourage du blessé. Chavigny a bien insisté sur ses caractères. Il écrit en effet :

« L'expert n'aura, je crois, aucune peine à embarrasser, par des questions captieuses, un simulateur qui invoquerait l'amnésie pour se défendre contre une inculpation quelconque. L'amnésie du confus, quelque peu variable d'ailleurs dans ses formes cliniques, est cependant en général, « taillée à pic » sur ces bords, c'est-à-dire, qu'elle commence et finit brusquement. Le confus raconte les détails de

son existence, même les plus infimes, et jusqu'à une heure déterminée d'un certain jour. Là, brusquement, tout s'arrête ; la lacune reste absolue jusqu'au moment de la reprise de conscience et cette reprise de conscience, comme le retour de souvenirs, se produit instantanément. On en comprend fort bien la formule et l'expression par les malades, quand on a vu quelques-uns de ceux-ci se réveiller brusquement dans le service, avec la question classique : « Mais où suis-je ? » ou bien « Pourquoi suis-je à l'hôpital ? »

Cette amnésie, sans être spécifique, est cependant très typique. Elle explique bien pourquoi l'interrogatoire du malade ne fournit jamais aucun renseignement sur la période d'état ni généralement pas plus sur les faits délictueux dont il est inculpé. »

Dysmnésie d'évocation ou de fixation. Amnésie du traumatisme et de la période confusionnelle qui a suivi ; voilà les symptômes importants que devra rechercher l'expert. Cependant, il nous a paru que l'amnésie de la période confusionnelle n'était pas toujours absolument totale : Le malade de notre observation VI se souvenait de quelques-unes des idées délirantes qu'il avait alors présenté ; mais encore les évoquait-il avec un certain flou, sans aucune précision, sans les localiser dans le temps ; par exemple. Elle peut même manquer (obs. III). Par contre, cette amnésie peut être l'origine de situations judiciaires très embarrassantes, lorsqu'elle englobe la période où a été commis le délit.

M. Rogues de Fursac a signalé et commenté un cas de ce genre (1). « Comment juger, dit-il, quelqu'un qui est dans l'impossibilité de se défendre ? Et comment un accusé pourrait-il se défendre, s'il n'a gardé aucun souvenir des faits qu'on lui reproche ? Le problème est d'autant plus délicat que le drame en cette occasion s'était déroulé sans témoin. Il était notamment impossible de savoir si la victime n'avait pas provoqué la réaction criminelle par un mot injurieux, une bravade, une menace ou même un acte agressif.

\*  
\*   \*  
\*

Une fois le diagnostic de l'état confusionnel fait et son bilan lésionnel établi, tant du point de vue physique que mental, l'expert devra se renseigner encore sur l'état antérieur physique et mental du sujet, avant de pouvoir établir un rapport entre l'état mental observé et le traumatisme.

*Etat antérieur* : Ce problème est très important à un double point de vue :

1<sup>o</sup> *Un état morbide constitutionnel peut expliquer la production d'un état confusionnel, même après un traumatisme léger ;*

2<sup>o</sup> *Une psychose antérieure ou une tare organique ont pu jouer un rôle dans la production du traumatisme.*

1. *Situation Juridique exceptionnelle résultant d'une amnésie traumatique. Bull. de la Soc. de Méd. légale de France, 12 déc. 1921.*

C'est ainsi qu'au cours d'un état mélancolique, une tentative de suicide a pu entraîner le malade à se précipiter d'une fenêtre ou sous les roues d'un véhicule. A la suite de cet accident qui aura, dans le cas qui nous intéresse, déclenché un état confusionnel, une demande d'indemnité de la part de la famille du blessé sera mal fondée. C'est ainsi que nous avons pu observer un cas de confusion traumatique par défénestration, mais l'enquête montra par la suite que le blessé était un hypocondriaque et que la surveillance de l'entourage avait empêché les jours précédents plusieurs tentatives de suicide. Il en est de même pour l'état physique antérieur ; un artério-scléreux hypertendu, à la suite d'une hémorragie cérébrale, un épileptique au cours d'une crise, peuvent tomber d'un échafaudage ; l'examen rétrospectif du sujet devra dépister certains symptômes tels que cicatrices de morsures de la langue, tension artérielle élevée, qui éveilleront la méfiance de l'expert.

Dans le cas de confusion traumatique, greffée sur un état mental pathologique antérieur, les renseignements seuls pourront donner des indications et encore ne faudra-t-il accepter qu'avec les plus grandes réserves les déclarations de la famille et tabler plutôt sur le témoignage d'autres personnes désintéressées.

C'est ce qui apparaît dans l'observation qui suit, où le traumatisme fut longtemps allégué par la famille comme cause unique de l'état mental, alors

qu'il ne semble avoir été, en l'espèce, qu'un facteur d'aggravation.

Ceci est important à établir en matière civile, mais il faut savoir que, chez l'accidenté du travail, pas plus que chez le soldat, l'état antérieur ne joue aucun rôle dans l'évaluation de l'indemnité. Il n'en est pas moins important de pouvoir établir la relation de cause à effet entre un état mental apparu quelque temps après un traumatisme allégué et ce traumatisme, que celui-ci ait agi seul, ou sur un terrain prédisposé.

OBSERVATION XX. — Mme G... âgée de 65 ans est renversée le 20 janvier 1928 à P... par une automobile. Coma. Elle ne reprend connaissance qu'à l'hôpital Ambroise-Paré, où elle a été transportée. Etat confusionnel. Sub-excitation, menaces épisodiques. Onirisme : défilé d'images, de fleurs, de bouquets colorés, etc... Etat pour lequel elle est internée le 8 février, à l'Asile Maison-Blanche, dans le service du Dr Beaudoin.

A l'entrée, la malade présente un état de sub-excitation psychique, avec hypermimie, enjouement, tendance aux jeux de mots, alternant avec des périodes d'irritabilité où elle menace le personnel. L'orientation est déficitaire, les troubles mnésiques surtout sont très apparents, bien que cachés derrière une logorrhée et une fabulation extrême, qui ira en croissant. Les adresses que donne la malade sont erronées et l'on reste un mois sans aucune nouvelle de sa famille, les lettres envoyées n'ayant pu lui parvenir. Elle ne peut donner encore aucun détail sur l'accident, ses suites,

ne se rappelle de son séjour à l'hôpital que les phénomènes oniriques actuellement disparus.

L'examen organique montre une cicatrice frontale sans lésion osseuse décelable à la palpation. Inégalité pupillaire avec myosis, réflexes rotuliens presque abolis et surtout tension artérielle de 20 1/2-11 avec 9 comme indice oscilométrique au Pachon, et 0 gr. 40 d'urée dans le sang, facteurs qui devaient poser le gros problème d'un état organique antérieur.

Aussi le certificat délivré le 9 mars à M. le Préfet de la Seine, pour réponse éventuelle à une demande adressée par le Médecin de la Cie d'Assurance « La Concorde », est ainsi rédigé par le Dr Beaudoin.

« La malade G... présente un léger état de déficit intellectuel, imprécision des termes, de l'orientation déficit mnésique léger, dont la malade est consciente, mais ne s'inquiète pas, et qu'elle explique par le manque d'intérêt qu'elle porte à son séjour à l'asile. Récriminations fréquentes. Probabilité d'affaiblissement mental sénile au début.

Période surajoutée de troubles paraissant consécutifs, *dans le temps*, à l'accident qui a amené son hospitalisation : amnésie lacunaire d'une période dont la durée ne peut être appréciée et pendant laquelle semblent s'être produites quelques visions oniriques, sans caractère désagréable.

Tension artérielle élevée : 20 1/2-11 à l'appareil Pachon. Urée sanguine : 0 gr. 40 par litre. Cicatrice frontale empiétant sur la partie interne du sourcil gauche.

Absence de renseignements précis sur les circonstances de l'incident invoqué. *A priori*, on peut estimer que la période de durée indéterminée, qui correspond à la lacune

amnésique totale, avec vagues souvenirs oniriques, peut être due au choc traumatique. Quant à l'état actuel il m'a paru plutôt lié à l'involution sénile ; mais l'affirmation ne serait possible qu'après une observation prolongée.

Il me semble, par ailleurs, opportun de solliciter une expertise avec, en mains, tous les éléments d'enquête et d'appréciation rétrospectifs. »

Peu à peu, l'état mental évoluant, le diagnostic de démence sénile sur terrain artério-scléreux devient plus caractéristique. Les troubles de l'humeur présentés par cette malade, le fait d'avoir trouvé dans son sac, lors de l'accident deux poignards et surtout les explications qu'elle donne à ce sujet (c'était pour se défendre, en cas d'agression, contre un de ses gendres ou autres individus qui voudraient la voler) ; les incidents familiaux qui occasionnaient ces troubles du caractère avant son accident et qui nous sont rapportés par la suite, plaident en faveur de ce diagnostic.

La marche des événements devait venir encore cimenter cette opinion. Dans la nuit du 4 au 5 novembre, en revenant des W.-G., cette malade, prise d'un vertige, tombe comme une masse et reste quelque temps sans connaissance en état de résolution complète. Elle se plaint ensuite de céphalées très violentes, des bourdonnements d'oreilles, etc...

Le 7 mai 1929, il est question de la transférer à l'asile de Moisselles et le certificat suivant est rédigé :

La malade G... présente un état de déficit intellectuel léger avec sub-excitation psychique et troubles anciens du caractère, récriminations habituelles, hostilité contre l'entourage.

Disparition peu après son entrée des troubles épiso-

diques paraissant consécutifs, chronologiquement, à un accident qui a motivé l'hospitalisation : renversée en janvier 1928 par une automobile. Amnésie lacunaire d'une période indéterminée. Visions oniriques de caractère agréable.

Tension artérielle élevée 20 1/2-11 au Pachon, avec urée sanguine 0 gr. 40. B.-W. négatif dans le sang, et le L. C.-R., réflexes rotuliens faibles. Cicatrices frontales consécutives à l'accident sus-noté, deux ictus légers depuis l'internement.

Portait dans le sac à main qu'elle possédait au moment de l'entrée deux poignards aiguisés, qu'elle prétend y avoir oubliés, « ils ont prétend-elle, été fabriqués par un neveu par alliance qui voulait l'en frapper et à qui elle les a pris. Méfiance armée : ces poignards lui serviront peut-être à assassiner des voleurs qui viendraient chez elle ; elle rentrait le soir avec des ciseaux à la main ; déclare avoir frappé au ventre, d'un couteau à asperges un neveu venu pour la voler (?). Peut être transférée (Dr Beaudoin).

Mais le 5 août, brusquement, la malade est emportée à 6 heures du matin, par une hémorragie cérébrale.

Le traumatisme ne semble donc avoir été ici qu'en facteur d'aggravation. Dans certains cas semblables, l'hypothèse d'un ictus pourrait parfois être provoquée comme cause de l'accident lui-même.

Nous ne savons pas dans quel sens a été plaidée ni jugée l'affaire.

Le problème de l'état morbide constitutionnel sera plus difficile à résoudre. Une constitution émotive, s'il s'agit d'une confusion après un léger trau-

matisme; paranoïaque, s'il s'agit d'un délire à revendication ou d'interprétation apparu secondairement; une débilité mentale légère, s'il s'agit d'un affaiblissement intellectuel; sont plus difficiles à dépister, car les manifestations ont pu en être très frustes et attirer beaucoup moins l'attention qu'un accès mélancolique par exemple : « C'était un sensible... un nerveux... il avait mauvais caractère... » Tels sont les seuls indices que l'on pourra dans la plupart des cas obtenir.

L'étude du casier judiciaire peut donner aussi quelques renseignements. Nous savons enfin l'action que peut avoir un traumatisme sur un terrain éthylque ou spécifique et quelle est dans ce cas son évolution habituelle. « Combien de déséquilibrés constitutionnels, en délicatesse constante avec la justice pendant toute leur vie, écrit Porot, n'ont fait que continuer depuis leur traumatisme une délinquance d'ancienne date. Combien de débiles mentaux n'ont fait que se parer d'un traumatisme pour excuser leur insuffisance congénitale. »

Pratiquement, en procédure criminelle seulement, il est absolument nécessaire d'être bien fixé sur l'état mental ou physique antérieur. Cet argument ne joue pas lorsqu'il s'agit d'indemniser un accidenté du travail ou un militaire blessé en service. « Tout accidenté a droit à une indemnité. C'est ainsi que la *loi du 31 mars 1919 sur les Pensions militaires* établit dans son article 5 le droit à pensions pour toute maladie contractée ou aggravée au

cours du service. C'est à l'Etat qu'incombe d'établir la preuve contraire.

Benon de son côté, dans son article sur les « psychoses de guerre, et leurs considérations médico-légales » cite le cas de deux soldats atteints de troubles mentaux après commotion, sans blessure apparente, s'étant traduit par un syndrome confusionnel qui avait par la suite regressé. L'un des deux était neurasthénique avant la guerre. L'autre était prédisposé. Dans ces deux cas, écrit l'auteur, malgré les prédispositions avérées, malgré un état antérieur manifestement morbide, la réforme avec gratification s'impose; la guerre devant être considérée comme ayant joué le rôle de cause occasionnelle, sinon celui de cause déterminante. Il ne s'agit pas de maladie latente ni d'aggravation; mais d'un état aigu nouveau dont l'évolution restera à déterminer.»

On voit donc la nécessité qu'il y a d'éliminer de l'armée ou de certains emplois les individus à état mental douteux.

\* \* \*

Que penser enfin d'un traumatisme ancien remontant parfois à l'enfance pour expliquer plus tard l'apparition d'une bouffée onirique, d'un épisode confusionnel aigu, ou d'un état démentiel ?

Nous pensons que l'expert ne devra retenir cette allégation que dans le cas où est apparu après le traumatisme un état psychopathique qui, par la suite, a évolué soit par poussées avec des phases de rémis-

sion plus ou moins nettes, soit progressivement, d'une façon continue et qui, par conséquent, peut être retrouvé dans les antécédents du sujet. Il aura dès lors la même valeur médico-légale qu'un traumatisme récent.

En résumé, pour qu'il y ait pratiquement relation de cause à effet entre le traumatisme et les troubles psychiques observés, il faut, écrit Benon, que les conditions suivantes soient réalisées :

1<sup>o</sup> Il n'y avait pas de troubles mentaux ou névrosiques avant le traumatisme ;

2<sup>o</sup> Dans certains cas, le trauma doit être grave (démence traumatique, paralysie générale post-traumatique, etc...).

3<sup>o</sup> Certaines maladies, les démences, les délires systématisés par exemple, ne peuvent être considérés comme l'effet du traumatisme, que s'il s'écoule après le trauma un certain temps avec prodromes nerveux ou psychiques.

4<sup>o</sup> Il n'y a pas de période de santé parfaite, de retour à l'état normal, après le traumatisme. Pratiquement, médico-légalement, les accidents éloignés tardifs, ne sauraient être retenus comme relevant de traumatismes antérieurs.

\* \* \*

Une fois l'examen du sujet terminé, une fois son état organique et mental antérieur connu, l'expert pourra dès lors trancher les points suivants :

1<sup>o</sup> *Faut-il retenir l'allégation du traumatisme, ou bien y a-t-il simulation ?* Question de diagnostic.

2<sup>o</sup> S'il y a rapport entre le traumatisme et l'état mental, n'y a-t-il pas exagération ? *Dans quelle proportion le traumatisme est-il cause de l'état mental observé ?* Question de dosage.

C'est sous ce jour que devront être étudiés :

I. L'évaluation de la responsabilité ;

II. L'évaluation de l'incapacité professionnelle.

### *I. Evaluation de la responsabilité.*

Comme nous l'avons vu, ce problème ne se pose pratiquement pas à la phase confusionnelle aiguë, si ce n'est dans les formes légères qui régressent rapidement.

La preuve du traumatisme est alors plus difficile à faire ; un fugueur retrouvé à distance plus ou moins considérable du lieu de l'accident, peut être pris pour un simulateur, l'amnésie qu'il allègue, les symptômes résiduels qu'il présente, pouvant être mal interprétés par ceux qui l'interrogent. C'est en effet le diagnostic de simulateur auquel s'arrêtera volontiers un médecin qui n'ayant peut-être jamais encore vu de cas de confusion mentale, est bien incapable d'en reconnaître les symptômes (Chavigny).

En pratique civile, ces réactions sont moins importantes, tout au moins du point de vue responsabilité pénale ; par contre leur rattachement au traumatisme

qui peut être allégué par la suite, les circonstances de l'accident, pourront être difficiles à établir s'il s'agit par exemple d'un ouvrier qui travaillait isolément au moment du choc qu'il a reçu et qui a déclenché les réactions plus tard.

Nous avons vu, il est vrai, qu'il s'agissait surtout ici de formes à atteinte organique légère qui pratiquement doivent régresser vite et sans séquelle s'il s'agit de sujets antérieurement sains.

Si la question a, par conséquent, moins d'importance du point de vue pronostic mental ultérieur, elle n'en a pas moins du point de vue pénal où l'on devra faire profiter l'intéressé du bénéfice du doute.

Par contre, la période des séquelles est la véritable période médico-légale des syndrômes confusionnels traumatiques. C'est surtout dans les séquelles moyennes, où l'affaiblissement des fonctions intellectuelles supérieures coexistant avec une certaine coordination psycho-motrice qui permet alors l'accomplissement d'actes délictueux, que l'évaluation de la responsabilité sera délicate. Quant aux formes légères, où le jugement, le raisonnement, restent intacts, la légère bradypsychie, la dysmnésie, la fatigabilité psychique ne sauraient être des excuses suffisantes à des actes qui dépendent de l'irascibilité de ces sujets.

En somme, on peut distinguer du point de vue responsabilité, deux grandes catégories : à côté des grands confus de la période aiguë, ou de la période terminale, dite de démence, qui doivent sans contre-

dit être reconnus irresponsables et qui sont faciles à reconnaître, il existe tout un groupe, à estimation plus délicate, celui des porteurs de petites séquelles dont les troubles sont en général, à notre avis, trop peu marqués pour ne plus pouvoir freiner les tendances impulsives. Ceux-ci doivent être reconnus presque toujours responsables, surtout lorsque existaient déjà à leur actif, avant le traumatisme, des délits qui figureront dans le casier judiciaire. Entre ces deux groupes, se place le groupe intermédiaire à limites imprécises, des séquelles moyennes, où le fléchissement du jugement, de l'auto-critique, peut expliquer jusqu'à un certain point la production d'actes délictueux et le rôle souvent passif qu'ont ces malades.

Notre observation IX en est un bel exemple.

Il serait donc bon de plaider ici une responsabilité atténuée, mais il ne saurait néanmoins y avoir de règle générale ; il n'y a là que des cas d'espèces.

Nous sommes donc loin de l'esprit qui régnait vers la fin de la guerre. Le public et certains médecins même avaient la certitude, à cette époque, qu'un traumatisme crânien entraîne nécessairement la folie ou la mort. Tout devait donc être pardonné à ces malades. C'est sous cette impulsion d'humanitarisme aveugle qu'avait été rédigé le fameux article 7 de la loi d'amnistie de 1921 : « Amnistie pleine et entière est accordée pour toute infraction prévue par les codes de la justice militaire commise avant le 11 novembre 1920, lorsque son auteur aura été,

antérieurement à l'infraction, atteint d'une *blessure intéressant le crâne ou le cerveau*, ou lorsqu'il aura été, avant la même date, réformé pour troubles mentaux. »

Une réaction s'est heureusement produite depuis, si bien qu'actuellement la notion d'un traumatisme cranien antérieur n'est plus aussi souvent invoquée par la défense, et n'est en tout cas retenue que dans une proportion bien inférieure à 50 % des cas.

Dès lors, que faire de ces 3 catégories de blessés : gros confus, porteurs de petites séquelles, porteurs de séquelles moyennes ? Les premiers relèvent incontestablement de l'asile. Pour les seconds, les amendes ou la peine de prison avec ou sans sursis doit leur être appliquée selon la gravité de leur délit, avec la même rigidité que pour un délinquant quelconque.

Seuls, ces sub-confus, ces porteurs de séquelles moyennes, posent un problème délicat, non encore résolu en France.

En Belgique, ils relèveraient de l'Asile-prison. En France, cette situation intermédiaire n'existe pas. C'est à l'expert qu'il convient de juger qu'elle doit être, suivant le cas, la meilleure solution. Ici encore, nous voyons que ce sont seulement les cas intermédiaires qui sont vraiment embarrassants. Il n'y a pas de règles générales, chaque cas doit être envisagé séparément et deux experts pourront très bien avoir ici un avis très différent.

\* \* \*

Mais ne peut-on pas, dans certains cas, prévenir ces réactions toujours nuisibles à l'ordre et à la sécurité publics, en prenant à l'égard de ces malades de véritables mesures de prophylaxie ? Il semble que les questions des réactions des confus traumatiques et de l'évaluation de leur responsabilité, méritent d'être envisagées aussi sous cet angle.

Ces *mesures de sécurité* peuvent devenir nécessaires, soit au cours de la période confusionnelle aiguë, soit dans la période de chronicité :

Dans le premier cas, l'examen du malade suffit à montrer la nécessité de mesures prophylactiques, le blessé étant dangereux pour lui-même (idées de suicide) ou pour son entourage (violences). L'internement ou l'isolement sous surveillance médicale constante est alors indispensable. Un simple certificat médical rédigé dans les termes de la loi de 1838 suffit, la Justice n'a pas à intervenir.

S'il s'agit de confus chroniques, la question est souvent moins simple ; ce n'est que rarement qu'un expert sera commis pour estimer les mesures à prendre contre un dément. L'état mental de ce malade, son affaïssement intellectuel principalement, lui interdisent depuis longtemps tout travail productif.

S'il n'est pas interné, il reste au milieu des siens, sous une surveillance suffisante pour empêcher des

réactions, d'ailleurs rares. Ce n'est que dans le cas où cette surveillance serait reconnue insuffisante ou que les soins deviendraient impossibles, que l'internement s'imposerait. Violences, irascibilité, gâtisme, sont les motifs pour lesquels les familles se décident à placer ces confus. La force publique n'a que très rarement l'occasion d'intervenir.

Mais comme toujours, à côté de ces deux extrêmes, se trouvent les cas litigieux. Le déséquilibre émotif, les troubles intellectuels quels qu'ils soient, rendront la présence de ces sujets dangereuse dans de nombreux métiers. Nous savons comment, pendant la guerre, la Société de neurologie, en ses séances des 6 et 7 avril 1916, a unanimement conclu au versement des anciens traumatisés du crâne, dans des emplois subalternes ou le service auxiliaire. Aujourd'hui, le problème reste le même. Dans l'industrie, les moyens de transport, ces sujets devront être impitoyablement écartés d'emplois demandant de l'initiative, de l'activité, ou entraînant une responsabilité plus ou moins grande. Dans les plus petits emplois, les troubles de la mémoire et de l'attention peuvent diminuer dans de très grosses proportions le rendement de ces malades. Certains métiers, même ne demandant aucun effort intellectuel (terrassiers, manœuvres, plongeurs, etc.), mais une certaine endurance physique, sont incompatibles avec leur fatigabilité rapide. Dans l'armée, il en est de même et le mieux est souvent de réformer définitivement ces « éclopés mentaux ». Pourtant, dans

certains cas particuliers, s'il s'agit de troubles assez légers, des essais de réadaptation devront être tentés quand ces malades tiennent à continuer leur carrière.

Ils seront alors versés dans des emplois peu pénibles, entourés de ménagements. Nous avons vu combien ces mesures d'attente étaient utiles. Elles évitent le regret de décisions trop hâtives, et le malade peut néanmoins être réformé si les essais de réadaptation ont été infructueux.

Pour les officiers et sous-officiers de carrière, la mise en non activité doit être prononcée au bout de 6 mois d'interruption de service — la réforme ne peut être prononcée d'office, sauf en cas de demande du blessé — qu'après trois ans de non activité. Encore cette réforme est-elle toujours susceptible de révision, si l'intéressé en manifeste le désir.

Mise à la retraite d'office, réforme temporaire ou définitive pour incapacité professionnelle, versement dans le service auxiliaire, nous entraînent à étudier leur conséquence diverse : l'indemnisation.

## II. *Indemnisation pour incapacité professionnelle.* *Evaluation de cette incapacité. Différents modes d'indemnisation.*

C'est le deuxième problème qui se pose — celui des mesures de protection du blessé lui-même. En effet, si les troubles mentaux que présente un confus traumatique peuvent le rendre dangereux pour la

société, et nécessiter contre lui des mesures de prophylaxie ou de répression, dans d'autres cas bien plus nombreux, c'est lui qui demandera aux institutions de l'aider, de le protéger, ses troubles psychiques entraînant une incapacité professionnelle qui ne lui permet plus de subvenir comme auparavant à ses besoins.

Victime de blessures, il demandera une réparation pécuniaire aux personnes légalement responsables de son traumatisme : à l'Etat, à son employeur ou au particulier qui l'aura blessé, et ce, en vertu des articles 1382, 1383, 1384 du Code pénal.

ART. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

ART. 1383. — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

ART. 1384. — On est responsable, non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde.

Quel est le *taux de cette incapacité* ? Est-elle *totale* ou *partielle* ?

Quelle sera la *durée* approximative de l'*incapacité totale*, de l'*incapacité partielle* ?

La blessure laissera-t-elle une infirmité permanente ?

Telles sont les questions sur lesquelles l'expert devra éclairer les magistrats, questions auxquelles il lui est assez facile de répondre dans certains cas, mais qui posent dans d'autres des problèmes d'appréciation très délicate.

### I. *Cas faciles.*

C'est ainsi qu'en présence d'une confusion mentale aiguë, agitée, stuporeuse, de teinte dépressive ou bien encore d'un état dementiel avéré, la réponse est facile *quant à l'évaluation du taux d'incapacité*.

En raison des réactions dangereuses ou simplement de la gravité de son état organique, le blessé, placé à l'Asile, en maison de santé ou à l'hôpital, présente une activité professionnelle ou même sociale absolument nulle. Il est en état d'incapacité totale ; — le taux peut en être évalué à 100 % — le cas n'est pas discutable.

1<sup>o</sup> Si c'est un accidenté du travail, il touchera pendant toute la durée de son hospitalisation, une indemnité quotidienne égale à la moitié du salaire qu'il recevait quand il travaillait.

2<sup>o</sup> Si c'est un militaire, il recevra sa solde entière, tant qu'il n'aura pas été statué sur son sort.

3<sup>o</sup> En matière civile, l'indemnité, liée à la perte du salaire et au fait que le blessé ne mène plus une vie normale, est très variable. On se base pour la

calculer sur toute une série d'arguments, appréciés du tribunal seul, et dont n'a pas à se préoccuper l'expert.

Mais c'est lorsqu'il faudra étudier *le temps approximatif que doit durer cette incapacité totale* que le problème deviendra plus délicat.

a) *Dans le cas de démence, stade terminal où l'état mental a peu de chances de se modifier, l'incapacité totale peut être regardée comme permanente, entraînant une rente égale aux deux tiers du salaire pour l'accidenté du travail. Mais si le malade peut s'améliorer suffisamment pour que la sortie de l'Asile soit envisagée, le taux peut dès lors être abaissé à 60, à 80 %, entraînant une réduction de la rente, calculée en ce cas sur le demi-salaire, soit 60 à 80 % de la moitié du salaire antérieur. Pratiquement, ces modifications incessantes ne se produisent pas, ces états terminaux répondant à des traumatismes anciens qui remontent parfois à une dizaine d'années et pour lesquels une incapacité permanente a été prévue depuis longtemps. Des années auparavant un accord a été accepté par la partie adverse, et si l'état mental a continué à s'aggraver, cet accord a été révisé au bout de trois ans après le jugement initial, ainsi que le prévoit la Loi. Or, comme il est malgré tout exceptionnel de voir un traumatisme qui plus tard doit aboutir à la démence ne pas s'aggraver dès la deuxième ou la troisième année, et se fixer ensuite dans un état qui, bien que variable, oscille toujours autour d'un même*

•

*chiffre d'incapacité*, on peut dire que pratiquement les intérêts du blessé sont toujours sauvegardés.

Pourtant, une confusion traumatique aiguë peut regresser tout d'abord, puis les lésions qui la conditionnent continuant à évoluer à bas bruit, on peut voir de graves accidents mentaux éclater dix ou quinze ans après le traumatisme initial. *Mais ces cas sont exceptionnels.*

b) *Quant à l'incapacité totale des formes du début*, elle est le plus souvent temporaire et pose ainsi une question de pronostic et de durée à laquelle l'on devra souvent répondre d'une manière assez arbitraire, en se basant sur une moyenne de cas, et en entourant sa réponse de grandes réserves, l'apparition d'un syndrome confusionnel aigu, chez un sujet sans antécédent mental, nous apparaissant toujours comme un fâcheux élément de pronostic.

1<sup>o</sup> En matière *d'accidents du travail*, seule l'incapacité de travail compte. Un blessé est dit en état d'incapacité totale temporaire, tant qu'il ne peut pas reprendre son travail, même s'il mène chez lui une vie relativement active. C'est ainsi qu'une sub-confuse pourrait aller, venir, s'occuper de petits soins de ménage, et toucher la même indemnité que lorsqu'elle était en état de confusion complète et internée. On voit le danger de cette mesure et l'aliment qu'elle fournit à la sinistrose. N'y aurait-il pas une modification à apporter sur ce point à la loi ?

2<sup>o</sup> En matière de *procédure civile* au contraire,

c'est l'*incapacité globale*, et non seulement l'incapacité de travail, qui est visée. Du jour où un blessé de cette catégorie sera sorti de la maison de santé ou de l'asile où il était soigné, du jour où il pourra reprendre une vie sociale, si improductive soit-elle, ses troubles mentaux étant souvent encore trop marqués pour lui permettre un travail quelconque, son incapacité n'en est pas moins dite *relative*, et sera abaissée dans une proportion que jugera l'expert : 60 % par exemple.

3° En matière de *procédure militaire* : Si l'incapacité est temporaire, le blessé est soigné à l'hôpital et envoyé ensuite en convalescence, il continue à toucher sa solde entière.

Si l'incapacité est définitive, on le réforme avec pension, lorsque le traumatisme s'est produit en service commandé.

Pratiquement la réforme définitive est souvent la seule conclusion de ces états de confusion grave ; mais l'expert peut attendre longtemps avant de la prononcer. Nous voyons notre blessé D... (observ. IV), revenir 3 fois à l'Hôpital et chaque hospitalisation être suivie de convalescence ou d'essais de réadaptation au corps. Pour notre autre malade Pl... (observ. VI), il en est de même ; et malgré les petits troubles ressentis encore par lui, lors de sa dernière visite au Val-de-Grâce, ce blessé fut néanmoins conservé dans le milieu militaire dans des conditions tout exceptionnelles de ménagement.

Ceci nous montre combien la procédure militaire

est large, et quelle latitude, dans ce milieu pourtant strict, est laissée au Médecin qui dans ces cas reste seul juge de la situation. Les officiers du Corps de troupe sont en ces occasions de véritables collaborateurs.

Dans d'autres cas, le problème de l'évaluation est plus délicat, c'est lorsqu'il s'agit de fixer l'incapacité de petites séquelles ou de séquelles de gravité moyenne, problèmes qu'il faut prévoir dès la phase confusionnelle aiguë, ou qui peuvent se poser plus tard.

Ici, plus que partout ailleurs, l'arbitraire joue, ce qui explique l'échelle si vaste prévue dans le guide-barème pour l'indemnisation de ces formes.

Elles sont d'abord difficiles à apprécier, non seulement parce qu'elles sont souvent cliniquement assez légères, mais encore parce qu'il s'y surajoute presque toujours un appoint névropathique.

Or, dans une indemnisation intempestive, une pension ne va-t-elle pas servir d'aliment constant à cette « névrose de rente, » à cette « sinistrose » ?

Et d'autre part, peut-on négliger ces séquelles qui gênent incontestablement le blessé, surtout dans de nombreux emplois : ces vertiges, ces céphalées, cette dysmnésie, et cette fatigabilité psychique ? Comment vont évoluer ces troubles ? Régresseront-ils ou passeront-ils à la chronicité, empirant même dans de nombreux cas ? Nous avons vu leur constance incontestable dans les grands traumatismes craniens, leur aggravation progressive fréquente, ce

qui nous a fait acquérir la certitude que ces séquelles, même minimales, n'étaient jamais fixées. Pourtant, ici, surtout, il est indispensable d'agir vite : l'idée fixe de la gravité de la blessure étant le fait dominant de l'état mental de la névrose traumatique (Brissaud).

« Cette idée fixe, écrit Oddo, foncièrement fautive, s'est emparée de son esprit et n'a cessé d'entretenir chez lui l'obsession d'une infirmité incurable. Cette idée fixe, d'ailleurs, contrairement à ce que pourrait faire croire un examen superficiel, n'a été ni voulue, ni méditée, ni réfléchie.

« Mais le choc moral, causé par l'accident, le sentiment d'impuissance éprouvé par le blessé, la crainte de ne pouvoir reprendre son travail, ne sont pas les seuls éléments de l'état psychique de la névrose traumatique. Il faut aussi tenir compte des préoccupations inhérentes à la procédure, c'est-à-dire, la crainte d'un jugement défavorable ou l'espoir d'une rémunération très avantageuse. Il faut y joindre pour une grande part, l'influence de la suggestion par l'entourage : la famille, les amis, les hommes d'affaires, qui poussent le blessé à l'exagération, la suggestion involontaire, et parfois maladroite du médecin, dans ses examens successifs ; il faut y joindre aussi les éléments accessoires, tels que : lectures des articles de journaux concernant des accidents du travail, la connaissance de faits semblables, les propos d'hôpital, et en somme toute une atmosphère de suggestion qui créent à l'accidenté une mentalité spéciale. »

Ici, l'expert, se trouve en présence de troubles dont la durée est impossible à prévoir, qui peuvent guérir rapidement après le jugement ou au contraire s'aggraver par la suite.

Quelle devra être sa conduite ? Les tribunaux, en présence de ces états, admettent que l'expert déclare permanente l'incapacité qui en résulte, la révision pouvant toutefois se faire dans un sens ou dans l'autre, au bout de 3 ans, délai légal.

Quant au quantum d'incapacité, il est très variable, suivant les auteurs, et cela s'explique, si l'on envisage la multitude de formes, tant du point de vue gravité symptomatologique que complexité étiologique : formes minimales, formes graves, formes traumatiques pures, formes hystéro-traumatiques, etc... C'est cette variabilité qui ressort de la discussion du Congrès International des accidents du travail (Rome, mai 1909).

Pour Brissaud, l'évaluation doit être très faible : 10 % au maximum, pour Vibert, la solution doit être remise à une année, et après ce délai, si une amélioration s'est produite, l'incapacité sera appréciée telle qu'elle est réellement, et devra être déclarée permanente. Pour Grasset enfin, tout trouble fonctionnel de nature hystérique devra être indemnisé comme s'il était d'origine organique ; mais il faut liquider le plus tôt possible l'affaire, afin d'éviter des suggestions et des préoccupations d'ordre judiciaire.

Si on lit les rapports rédigés par Wiendrecht,

Lumbroso, Brissaud et Oettinger, à cette occasion, on voit que ces différents auteurs arrivent aux mêmes conclusions sur de nombreux points.

1<sup>o</sup> Nécessité d'un règlement rapide et définitif de la procédure ;

2<sup>o</sup> Distinction des formes graves et des formes bénignes, avec indemnité élevée pour les premières, indemnité faible pour les secondes.

Ce dernier point est évident, aussi ne nous arrêtera-t-il pas. Quant au premier, ce que nous venons de dire au sujet des phénomènes névropathiques surajoutés, nous a laissé prévoir la nécessité de ce règlement rapide et définitif. Ce n'est pas tellement en matière civile où l'incapacité globale est seule envisagée, que cette mesure acquiert toute son importance, car ici le blessé a hâte d'en finir, et préférera reprendre ses occupations. Il en est de même pour le soldat de carrière, qui tient à rester dans l'armée et tentera même alors de cacher l'importance de ses troubles. Dans le cas de réforme, une augmentation de 10 % du taux d'incapacité est nécessaire pour entraîner la révision et les troubles accusés devront alors présenter une réelle aggravation pour atteindre ce taux supérieur. Pratiquement, ce n'est donc que chez les accidentés du travail où l'incapacité de travail seule est envisagée, que la sinistrose viendra compliquer l'état légèrement dépressif de ces petites séquelles confusionnelles.

Aussi Oddo, résumant les idées de Lumbroso, écrit-il : « Il ne faut pas livrer le malade à lui-même,

pour exercer un traitement et une prophylaxie efficace. Il faut le liquider financièrement le plus rapidement possible, afin qu'il puisse obtenir cette tranquillité morale et matérielle nécessaire à l'amélioration et à la guérison. Le système d'indemnité en rentes avec révision a une mauvaise influence sur l'évolution ultérieure des névroses traumatiques, tandis que l'indemnité donnée en capital, une seule fois versée et dans le plus bref délai possible, ne concédant pas le droit à la révision, constitue la méthode d'indemnité qui correspond le mieux au bien-être de l'ouvrier et à celui de la Société entière .»

Aussi cet auteur conseille-t-il à l'expert, en attendant que la procédure puisse être modifiée :

1<sup>o</sup> De procéder aussi rapidement que possible à l'expertise du blessé, à la rédaction de son rapport ;

2<sup>o</sup> De conclure, dans son rapport, à la nécessité d'une clôture rapide et définitive de la procédure dans l'intérêt du blessé, et de ne pas invoquer, ainsi qu'on le fait trop souvent en pareil cas, le bénéfice de la révision ;

3<sup>o</sup> De faire comprendre au blessé et à ses conseillers naturels qu'il y a grand intérêt pour lui à accepter le chiffre de l'indemnité, à se remettre au travail, et à ne pas faire appel.

Mêmes observations au représentant de l'assurance.

Mais ceci, nous le répétons, ne peut avoir lieu que dans le cas de petites séquelles où l'atteinte organique a été peu accentuée, et où les phéno-

mènes névropathiques paraissent dominer la scène où la suggestion, par conséquent, joue un rôle aggravateur ou modérateur, et où en tous cas, le pronostic, dans la règle, est bon. Au contraire, s'il y a eu atteinte organique grave, infection, acte opératoire, état confusionnel profond, il y a lieu, pendant un certain temps tout au moins, de faire des réserves. L'état antérieur du sujet, son rendement professionnel, le milieu où il vit sont autant d'arguments en faveur de l'une ou l'autre solution ; la même ne saurait s'appliquer indifféremment à tous les cas, le rôle de l'expert est de savoir choisir.

\* \* \*

Etudions, pour finir, les taux d'invalidité ordinairement reconnus aux différentes formes de confusions mentales traumatiques ou à leurs séquelles. Il n'existe pratiquement qu'un barème : c'est le guide barème des invalidités du Ministère des Pensions, modifié en ce qui concerne la neuro-psychiatrie par un décret du 22 février 1929.

Ce guide barème a été rédigé avec un soin si grand et par des sommités médicales dont la compétence est telle, qu'il est utilisé actuellement non seulement pour les expertises militaires, mais encore pour les accidents du travail et même en matière civile avec toutefois les modifications de procédure inhérentes à ces différents cas, que nous avons signalés en cours de route.

Il est à remarquer du reste que c'est incontestablement dans les affaires militaires que son application est la plus avantageuse pour le blessé, car elle est alors soumise à quelques règles qui ne jouent pas ailleurs :

1° La présomption d'origine est accordée au blessé et dégage les intéressés du fardeau de la preuve ;

2° Il permet la révision sans limitation de temps, à condition qu'il y ait une aggravation, évaluée au minimum de 10 %. De plus, il est à noter qu'en vertu de l'article 7 de la loi du 31 mars 1919, le taux de pension alloué après 4 ans, après le passage devant la première Commission de réforme, ne peut plus être abaissé ;

3° Il est recommandé d'indemniser séparément les infirmités multiples, si bien qu'elles s'additionnent selon un mode de calcul spécial, alors qu'en fait de matière civile, ou d'accidents du travail, l'évaluation est globale. C'est ainsi qu'un confus traumatique verra indemniser séparément ses lésions craniennes, ses troubles neurologiques (hémiplegie, épilepsie, etc...), ses troubles mentaux, sauf dans quelques cas bien définis ;

4° Une instruction du 31 mai 1920 (art. 44), spécifie que l'expert ne peut évaluer au-dessous de l'évaluation minima, fixée au dit barème ; mais peut, par contre, dépasser les évaluations maxima, s'il estime en conscience que ces évaluations demeurent encore inférieures au degré d'invalidité qu'il

constate. En réalité, ce dernier point ne joue pas pour les troubles psychiques qui nous occupent, puisque leur échelle d'estimation peut aller de 10 % à 100 %.

Nous ne ferons que reproduire ici, à titre d'indication, les passages qui nous intéressent, sans mentionner toutefois les chapitres concernant les troubles neurologiques qui peuvent être associés aux troubles mentaux et dont l'évaluation varie selon que leur origine est de nature organique ou névropathique. La différence n'est toutefois pas très considérable.

#### *1<sup>o</sup> Evaluation des blessures du crâne.*

Les blessures du crâne, avec ou sans perte de substance osseuse, peuvent s'accompagner de lésions des centres nerveux, de phénomènes commotionnels plus ou moins graves, enfin de troubles subjectifs à évolution souvent régressive.

On devra indemniser ces blessés en tenant compte d'une part, de la lésion osseuse, et d'autre part, des troubles fonctionnels et des troubles subjectifs.

Lésions du cuir chevelu avec phénomènes douloureux, dus à des cicatrices vicieuses, ou à des névralgies par inclusions nerveuses cicatricielles sans lésions osseuses..... 0 à 15

Scalp, ou brûlure du cuir chevelu avec cicatrice douloureuse..... 0 à 15

Enfoncement de la table externe des os du crâne..... 0 à 10

En aucun cas, s'il existe une perte de substance osseuse d'au moins 1 cmq. jusqu'à 4 cmq. si minimales que soient les phénomènes subjectifs, l'invalidité ne pourra être inférieure à..... 0 à 30

Perte de substance osseuse, avec battements dure-mériens et impulsions à la taux, jusqu'à 2 cmq..... 0 à 40

Brèche osseuse, supérieure à 2 cmq., battements et impulsions à la taux, sans signes subjectifs..... 0 à 50

Syndrome subjectif commun des blessures du crâne (céphalées, éblouissements, vertiges, troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisse, fatigabilité, insomnie, diminution de la mémoire, troubles vaso-moteurs, tout phénomènes dont la régression est d'ailleurs habituelle) ..... 20 à 50 %

Mêmes lésions avec vertiges labyrinthiques, démontrées par les épreuves spéciales (épreuves de Barany, épreuve de Babinsky), et par l'examen auriculaire et de l'œil : ajouter aux évaluations précédentes les évaluations données pour l'oreille ou l'œil dans le barème.

En cas de double perte de substance osseuse, chaque perte de substance sera appréciée suivant ses dimensions.

Dans le cas de persistance de corps étrangers intra-craniens :

a) S'il n'y a encore aucun phénomène surajouté, suivant le nombre, volume, localisation des corps étrangers..... 20 à 60

b) S'il y a des troubles fonctionnels, les apprécier suivant la valeur de chacun (voir hémiplégie, aphasie, épilepsie, etc...).

## *2<sup>o</sup> Phénomènes consécutifs aux commotions et émotions*

Pour ce qui nous intéresse : commotion cérébro-spinale prolongée (syndromes complets) :

Inertie, bradycardie, hypotension, etc., 5 à 60 (prolonger autant que possible l'indemnisation temporaire et revisable).

Démence post-commotionnelle (voir troubles mentaux).

Contusions cérébrales : degrés d'invalidité variable, surtout avec les signes de localisation (hémiparésie, aphasie, etc...).

Evaluer avec les blessures du cerveau (voir les lésions correspondantes et majorer de 5 à 15 pour la commotion, sans dépasser 100.

## *3<sup>o</sup> Maladies mentales.*

A. *Psychoses confusionnelles.* — Il ne sera statué sur les psychoses confusionnelles qu'après une observation suffisante, *au besoin prolongée et si l'expert le juge nécessaire dans un établissement médi-*

*cal approprié*. On éliminera d'une façon absolue les psychoses confusionnelles par intoxication volontaire (alcool, éther, stupéfiants, etc...).

L'évaluation de l'invalidité fonctionnelle sera la suivante : séquelles, dysmnésie de fixation, sans affaiblissement intellectuel véritable (voir en ce cas démence). Fatigabilité psychique, amoindrissement de l'attention et de la capacité professionnelle, asthénie persistante, diminution de l'effort volitionnel :

— Avec possibilité d'activité productive et sociabilité relative..... 20 à 45

— Avec impossibilité d'activité productive stable et atteinte plus accusée de la sociabilité ..... 50 à 80

— Délires systématisés post-oniriques.

On les classera comme suit, du point de vue de l'évaluation fonctionnelle :

a) Psychoses avec conservations de l'activité sociale ..... 10 à 30

b) Psychoses entravant manifestement le fonctionnement logique et l'activité, soit par l'évidence des troubles, soit par leur retentissement sur la sociabilité du malade..... 60 à 80

c) Psychose nécessitant l'internement ou tout au moins un traitement continu sous une direction médicale appropriée.. 100

Il n'y a pas lieu dans ces cas d'allouer de pension définitive avant un délai minimum de 4 années écoulées.

Confusion mentale chronique à titre de pseudo-démence (psychose polynévritique chronique). Troubles neurologiques compris. V. Polynévrites..... 80 à 100

B. — *Démences.* —

Dans le cas de traumatisme, on tiendra compte du traumatisme et de sa localisation :

a) *Démence incomplète*, affaiblissement simple des facultés mentales, notamment de l'attention, de l'affectivité ; états d'indifférence sans perte profonde de la mémoire, avec conservation partielle de la capacité fonctionnelle ..... 60 à 80

b) *Démence complète*. Affaiblissement prononcé et global des facultés mentales avec ou sans gâtisme et toutes manifestations ou complications comprises..... 100

L'article 10 ne peut qu'exceptionnellement s'appliquer aux aliénés que l'on ne saurait entièrement assimiler aux mutilés pour lesquels il a été institué, conscients de leurs troubles et de leurs besoins. Il est tout à fait exceptionnel en effet qu'un malade, que son aliénation mentale rend incapable de se mouvoir, de se conduire, ou d'accomplir les actes essentiels à la vie, réclame lui-même son hospitalisation au titre de l'article 10 ; c'est le plus souvent la famille ou l'entourage qui doivent le solliciter.

D'autre part, au cas où, vivant chez lui, l'aliéné présenterait un état mental l'obligeant à recourir

d'une manière constate aux soins d'une tierce personne, le contrôle des soins donnés par cette tierce personne serait impossible pour un dément ou pour un confus plus ou moins gâteux, qui risquerait ainsi d'être exploité et ne saurait se plaindre des privations dont il serait victime.

Lorsqu'il y aura lieu d'envisager l'article 10, il est donc expressément recommandé, dans l'intérêt même du malade, de recourir chaque fois que faire se peut, à son hospitalisation dans un Etablissement d'assistance approprié, par exemple dans un service ouvert spécialisé, d'hôpital ou d'hospice psychiatrique, au besoin à son internement volontaire dans un asile, plutôt qu'à l'octroi d'une allocation spéciale destinée à la rémunération d'une tierce personne.

Enfin, en matière criminelle, on ajoute à l'indemnité globale, une allocation spéciale dite *pretium doloris*, évaluée par le Tribunal. On y fait rentrer les phénomènes douloureux, les soins qui ont été particulièrement pénibles, le danger de mort qu'a connu le blessé.

Ce *pretium doloris* est donc d'estimation très variable. L'expert ne donne qu'une appréciation : « il y aurait lieu d'attribuer — doit-il écrire dans son rapport — un *pretium doloris* léger, élevé, très élevé, etc...

## CONCLUSIONS

1<sup>o</sup> Un traumatisme cranien doit toujours être regardé comme un accident susceptible d'avoir des conséquences graves du point de vue mental ;

2<sup>o</sup> L'apparition d'un syndrome confusionnel chez un blessé *ne présentant aucun antécédent mental*, est la traduction d'une atteinte organique plus ou moins marquée qui, par ailleurs, peut se traduire dans certains cas par des signes neurologiques et liquidiens et que pourrait venir confirmer plus tard l'examen histologique ;

3<sup>o</sup> Ces confusions traumatiques ne sont parfois que le premier stade d'une série de troubles psychiques présentant toujours dans leur symptomatologie des signes d'ordre confusionnel plus ou moins marqués.

*Symptômes résiduels* : Les plus fréquents, parfois très légers, et qui, dans le cas de rémission, peuvent même s'atténuer au point de devenir négligeables ;

*Symptômes de confusion chronique* : plus ou moins nets, et heureusement plus rares, que nous avons décrits comme des séquelles *moyennes ou graves*, suivant leur degré de compatibilité avec une vie sociale.

A vrai dire, comme toute schématisation en clinique, cette séparation des séquelles tardives psychiques en trois groupes, minimes, moyennes ou graves, peut paraître arbitraire ; elle a l'avantage tout au moins de montrer que d'une phase à l'autre il n'y a qu'une question de degré. Les symptômes restent au fond les mêmes, leur intensité seule se modifie et c'est ce qui explique comment on peut voir passer progressivement d'une forme à l'autre un même malade, lorsqu'il s'améliore ou s'aggrave.

4<sup>o</sup> Théoriquement, il semble donc difficile d'affirmer qu'une séquelle psychique traumatique est « fixée » comme on l'a souvent écrit, car même dans le cas de rémission, un réveil est toujours à craindre par la persistance d'un foyer latent que la clinique ne peut que rarement déceler et qui continue à évoluer à bas-bruit, procédant par à-coups, et se traduisant alors par des épisodes confusionnels épisodiques et transitoires ou par une complication d'ordre chirurgical, ou bien, entraînant progressivement le blessé vers un état démentiel terminal.

*En réalité, ces réveils tardifs sont rares, et dans la grosse majorité des cas, l'évolution ultérieure se dessine vers la première et seconde année ou même dans les mois qui suivent le traumatisme.*

5<sup>o</sup> Du point de vue médico-légal, il y aurait donc lieu, à la période de début tout au moins, de faire quelques réserves, de pouvoir suivre le malade, le revoir un, deux ou même trois ans après son accident.

On pourrait ainsi dépister l'évolution vers la démence, complication rare mais sombre, et d'autre part estimer à leur juste valeur les séquelles minimales, si délicates à doser, et que l'on peut être enclin de traiter avec parfois trop d'optimisme.

6° Les conditions d'ailleurs dans lesquelles se font les expertises sont souvent très mauvaises, et il y aurait lieu, croyons-nous, de modifier la législation en ce sens que :

a) L'hospitalisation puisse toujours être exigée par l'expert, condition nécessaire pour examiner sérieusement le malade, dépister la simulation, et surtout l'exagération. Cette mesure rendrait d'ailleurs plus rare l'apparition et le développement d'une névrose secondaire en séparant le blessé du milieu familial, milieu de culture électif, et faciliterait en tous cas son traitement ;

b) Que certaines méthodes d'examen indispensables, telles que la ponction lombaire, ne puissent être refusées par l'expertise ;

c) Enfin il y aurait lieu d'appliquer aux accidents du travail, et surtout au droit criminel, les mêmes dispositions que celles que prévoit la loi militaire des pensions en ce sens qu'une pension soit toujours révisable.

La loi des Accidents du Travail prévoit en effet la possibilité d'une révision au bout de 3 ans, et permet de rattraper de ce fait une erreur de pronostic éventuelle. Dans le droit criminel au contraire, l'évaluation première est définitive. On comprend donc

les hésitations du médecin qui doit expertiser un état confusionnel au début de son évolution.

C'est arbitrairement et en tablant sur une majorité de cas qu'il devra évaluer le temps d'indemnité totale, le temps et le taux de l'indemnité partielle. Les cas d'exception sont imprévisibles et c'est justement ceux-ci qui sont graves.

D'autre part, il est des cas où l'amélioration ne se fait qu'assez tardivement.

Une pension attribuée devrait donc pouvoir être toujours révisable dans un sens ou dans l'autre, à condition toutefois que l'accentuation ou que l'amélioration des troubles soit supérieure à 10 % et lorsque la nature du Syndrome confusionnel est nettement organique.

Vu : le Président de la thèse,

CLAUDE.

Vu : le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alajouanine, Maisonneux et Petit-Dutaillis.* — Suites éloignées des trépanés (XXXVII<sup>e</sup> Congrès de Chirurgie, 1929).
- Anglade.* — La Confusion mentale (In traité de Pathologie mentale de G. Ballet).
- Auvray.* — Remarques à propos de 51 cas personnels de traumatismes crâniens (Gazette des Hôpitaux civils et militaires, 1927, n<sup>o</sup> du Centenaire, p. 11).
- Azam.* — Les troubles intellectuels provoqués par les Traumatismes du cerveau (Arch. Gén. de Médecine, février 1881).
- Babonneix et Brissot.* — Etude sur 5 cas d'affection mentale d'origine traumatique (R. N. 1918, t. I, p. 316).
- Bailby.* — L'avenir des traumatisés cranio-cérébraux (Thèse de Paris, 1927, n<sup>o</sup> 21).
- Ballet (Gilbert) et Salomon (J.).* — Réactions violentes chez les blessés du crâne (Soc. de Psychiatrie, 18 juin 1924).
- Balthazard.* — Médecine légale.
- Barbé.* — Les étapes mentales des commotionnés (R. N., 1919, n<sup>o</sup> 5, p. 414).
- Troubles subjectifs mentaux consécutifs aux traumatismes du crâne (R. N. 1917, 2<sup>e</sup> semestre, p. 400).
  - Confusion mentale et catatonie (Ann. Méd. Psychol., 1921, p. 180).
- Belot (de Charleroi).* — Un cas de traumatisme crânien avec troubles mentaux (Soc. belge de Méd. ment., 30 janvier 1926. R. N., mars 1926, p. 873).
- Benon.* — Psychoses de guerre et considérations médico-légales (R. N., mai 1918).
- Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques post-traumatiques, 1913. Paris, éd. Steinheil.
  - Les névroses traumatiques (G. H., 1913, 30 août).

- Benon*. — Les Psychoses traumatiques (Congrès Jub. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique. Gand, sept. 1920).
- Les psychoses traumatiques (Archives Suisses de Neurol. et de Psychologie, tome 7, fasc. 2, 1921).
- Syndrome de Korsakoff et confusion ment. post. traumatique (Ann. médico-psych., n° 2, sept. 1914).
- Perversité. Traumatisme crânien. Médecine légale (Bull. méd., juil. 1928, p. 809).
- Benon* et *Laneau*. — Psychoses de guerre et considérations médico-légales (R. N., 1918, t. 1, p. 327).
- Benon* et *Lefèvre*. — Démence traumatique (R. N., 1919, p. 705).
- Berge*. — Trépanés et leur indemnisation d'après la loi des Pensions. Th. Lyon, 1921.
- Billet* (Lille). — Les suites éloignées des blessures du crâne (IV<sup>e</sup> Congrès Int. de Méd. et Pharmacie militaire. Varsovie, 1927).
- Bikeles*. — Anatomie des Traumat. du cerveau et de la moelle, 1895.
- Bolack*. — Thèse Paris, 1919.
- Bouttier* (H.). — Contribution à l'étude neuro-physiologique des traumatismes cérébraux. Thèse Paris, 1918.
- Bredel* (Henriette). — Contribution clinique à l'étude des psychopathies post-commotionnelles. Thèse Paris, 1920.
- Capgras*, *Juquelier* et *Bonhomme*. — Confusion mentale de Guerre (Soc. Clinique de Méd. Ment., 7 juillet 1917).
- Capgras* et *Bessière* (R.) — Délire d'interprétation consécutif à une commotion par explosion de torpille (R. N., 1917).
- Chatelin* et *de Martel*. — Les blessures du crâne et du cerveau. Coll. Bleu horizon, 1917.
- Chavigny*. — Expert. Médico-légale de la confusion mentale (Soc. Méd. psych., 26 mai 1919, p. 380).
- Chaslin*. — La confusion mentale. Conférence faite à Sainte-Anne, le 23 janvier 1914 (Ann. méd. psych., 1915, nos 3 et 4).
- La confusion mentale primitive (Asselin et Houzeau, édit. 1895).
- Cheneveau*. — Contribution à l'étude des troubles neuro-psychiques des trépanés. Délinquance et responsabilité. Thèse de Bordeaux, 1922, n° 24.
- Christian*. — Traumatismes crâniens et aliénation mentale (Arch. de Neurologie, 1889, n° 52 et 53).

- Claude*. — De la nécessité du traitement judicieux dans les névroses traumatiques (IX<sup>e</sup> Congrès Méd. légale de langue française. Paris, 26-28 mai 1924).
- Claude* (H.), *Borel* et *Robin*. — Evolution démentielle post-traumatique (Soc. clinique de Méd. ment., 18 juin 1923).
- Claude* (H.), *Borel* et *Abély* (P.). — Délire interprétatif et traumatisme (Soc. clin. de Méd. ment., 14 avril 1924).
- Claude*, *Lamache* et *Dubar*. — Liquide céphalo-rachidien dans les séquelles des traumatismes craniens (R. N., 1928, t. II, p. 399).
- Colin* (H.). — Séquelles psychiques de la guerre (Ann. médico-psychologiques, juin 1922, p. 79).
- Coulombier*. — L'avenir des blessés du crâne. Thèse Paris, 1923.
- Grouzon*. — Le syndrome subjectif commun des blessés du crâne (Le Monde médical, Revue internationale de Médecine et de Thérapeutique, 15 avril 1924).
- Damaye*. — Affections mentales et névropathiques occasionnées par les commotions (Progrès médical, 28 décembre 1917, p. 441; R. N., 1918, t. II, p. 287).
- Dernadini* (B.). — Contribution à l'étude de la commotion cérébrale (Polinico Sez pratica, t. XXX, n° 13, p. 397, 20 mars 1923).
- Diagotti* (G.). — Le syndrome nerveux post-commotionnel (Rome, il Polinico Sez pratica, 1<sup>er</sup> octobre 1928; R. N. 1929, t. I, p. 544).
- Dubois* (R.). — Des symptômes tardifs communs aux diverses blessures du crâne. Thèse Paris, 1918.
- Dupouy* et *Courtois*. — Pseudo P. G. traumatique (Soc. Méd. Psychol., 20 novembre 1930).
- Duprat* (G. L.). — Confusion mentale (son explication psychopathologique) (Progrès médical, n° 15, 13 avril 1918, p. 120-132).
- Duret*. — Les traumatismes cranio-cérébraux. La commotion cérébrale. Paris, 1920, t. II, éd. Alcan.
- Faure*. — Neurasthénie traumatique et artério-sclérose. Thèse Bordeaux, 1906.
- Français* et *Bessière*. — Les séquelles psychiques des blessés du crâne et des commotionnés (R. N., 1918, I, p. 305, nos 5 et 6).

- Fribourg-Blanc (A.)*. — A propos des séquelles tardives des blessures du crâne. Considérations cliniques et médico-légales (Ann. de Méd. légale, janvier 1927, p. 52).
- Frössard*. — La P. G. post-traumatique. Thèse Paris, 1917.
- Gorel (P.)*. — Etude clinique d'un lot de militaires évacués du front pour éclatement d'obus à proximité. Thèse Paris, 1919.
- Gosselin*. — Confusion mentale consécutive à une fracture de la base du crâne (Arch. méd. belges, I, 79, n° 8, août 1926; R. N., 1927, I, p. 418).
- Grasset*. — Les grands types cliniques de psycho-névrose de guerre. Montpellier, 1917.
- Guillain*. — Sur un état de stupeur (R. N., nov.-déc. 1915; R. I., 585).
- Guillain et Barbé*. — Travaux neurologiques de guerre, 1920.
- Hanse*. — Ueber die akute komotion psychose und die bedeutung der Hirnerschütterung für anderweitige psychische störungen (Arch. für psychiatrie. Berlin, 1925, p. 172).
- Hartmann et Schildor*. — Für physiologie schadelver etztur (Archives F. Psychiatr. Berlin, 1925, p. 287).
- Henri*. — Etudes cliniques des suites éloignées des blessures du lobe frontal. Thèse de Bordeaux, 1925.
- Hesnard*. — Troubles mentaux et psychoses consécutifs à la guerre navale (Arch. de Méd. et Pharm. milit., octobre 1918).
- Hedren*. — Quelques notes sur les traumatismes cranio-cérébraux et la commotion cérébrale (Acta Medica Scandinava, 23, p. 134).
- Hölder*. — An. pathol. des traumatismes cérébraux. Stuttgart, 1904.
- Hoven*. — Psychoses post-traumatiques.
- Imbert (J.), Oddo et Chavernac*. — Accidents du travail. Guide pour l'évaluation des incapacités. Masson, éd., 1913.
- Jacobson*. — Psychoses traumatiques (Nordik. Med. Arch., 1893, n° 13).
- Jauerbruch*. — Pathologie de la commotion et de la compression cérébrale après les traumatismes craniens (Monaschrift für Psychiatrie und neurologie, 1909).
- Jakob*. — Recherches expérimentales sur les lésions traumatiques du système nerveux central (Travaux histolo-

- giques et histopathologiques publiés par Lisil et Aleze-  
nina. Ed. Fischer, 1912, vol. 5, fasc. I et II).
- Joffroy*. — Traumat. crânien et troubles mentaux, 1907.
- Kawkiné (I. I.)*. — Réactions criminelles chez les traumatisés  
(Journal névropathol. y psychiatrie imeni. S. S. Korsakowa, t. XIX, n° 3, p. 53-64).
- Köpfer*. — Neber Erkrankung des Gehirn nach trauma (Arch.  
Fran. Psych., 1900).
- Laroyenne*. — Valeur de la trépanation contre les accidents  
diffus de traumatismes crâniens (Lyon médical, 1<sup>er</sup> juillet 1928).
- Laignel-Lavastine*. — Maniérisme puéril post-confusionnel (Ann.  
Méd. Psych., 1917).
- Laignel-Lavastine et Courbon (P.)*. — La sinistrose de guerre  
(R. N., 1918, t. I, p. 322).
- Essai sur l'insincérité des accidentés de guerre (Paris  
médical, 7 juillet 1917).
- Les accidentés de guerre, leur esprit, leur traitement.
- Laignel-Lavastine et Brousseau*. — Un cas d'encéphalopathie  
traumatique (Bulletin officiel de la Soc. de Psychiatrie  
de Paris, 19 janvier 1922).
- Laignel-Lavastine et Marie*. — Amnésie avec fabulation et hallu-  
cination lilliputiennes à la suite de fracture du crâne  
(Soc. Méd. Psych., mars 1925).
- Laignel-Lavastine et Khan*. — Amnésie, fabulation, hallucination  
lilliputiennes consécutives à une fracture du crâne (Soc.  
Méd. Psych., 30 mars 1925).
- Lautier*. — Démence traumatique à forme presbyo-phrénique  
(Soc. clin. de Méd. mentale, 15 novembre 1920).
- Le Huche*. — Contribution à l'étude clinique et médico-légale de  
la psychose de Korsakoff post-traumatique. Thèse de  
Paris, 1920-1921.
- Lecène et Boultier*. — Presse méd., 12 novembre 1919.
- Lépine*. — Troubles mentaux de guerre (Collect. Horiz. Masson,  
1917).
- Léri*. — Discussion (Soc. de Neurol., 6-7 avril 1916; R. N., 1916).
- Léri*. — Revue générale de Pathologie de guerre. Emotion et  
commotion de guerre (Coll. Horizon. Masson, 1919).
- Leriche*. — Des lésions cérébrales et médullaires produites par  
l'explosion à faible distance des obus de gros calibre  
(Lyon chirurgical, 1<sup>er</sup> sept. 1915).

- Leroy.* — Discussion sur les troubles nerveux par déflagration (R. N., 1916, p. 596).
- Leroy et Barbé.* — Confusion mentale post-commotionnelle avec impulsions chez un prédisposé (Soc. de Psychiatrie, 16 décembre 1920. Journal de Psychologie normale et pathologique, 15 janvier 1921, n° 1, p. 92).
- Leroy et Medakowitch.* — Traumatisme, confusion mentale profonde avec amnésie consécutive, délire systématisé de persécution par interprétation, état maniaque secondaire (Extrait du Bull. de la Soc. clin. de Méd. mentale, n° 3-4 mars-avril 1929).
- Lewy.* — Injuries to the head and their sequelae (Western medical, Review omaha, 1924, p. 179)
- Logre et Bouttier.* — La sémiologie psychique des traumatismes cranio-cérébraux récents (Paris médical, 24 mai 1919, R. N., 1920, p. 105).
- Luzenberger.* — Contribution à l'anatomie pathol. des traum. nerveux.
- Macconnell.* — Sequelles of minor headinjuries. Irish Journ. of Medical Sciences (Dublin, 1926, p. 29).
- Mairet et Durante.* — Etude expérimentale du syndrome commot. (P. M., 1917, n° 49).
- Mairet et Piéron.* — Les troubles de mémoire d'origine commotionnelle (Journal de Psychol., août 1915).
- Le syndrome émotionnel. Montpellier, 1917.
  - Séquelles subjectives des traumatismes cranio-cérébraux et syndromes commotionnels (P. M., sept. 1918).
- Mairet, Piéron et Bousansky (M.).* — Des variations du syndrome commotionnel suivant la nature des traumatismes et son unité (Bull. Acad. Méd., 15 et 22 juin 1915).
- Malet (R.).* — Confusion mentale et commotion (R. N., 1924, p. 565-574 et 701).
- Deux observations de confusion mentale (Bull. méd. de la 4<sup>e</sup> armée. Réunion 3 déc. 1915) •
  - Confusion mentale chez les combattants (Réunion méd. de la 4<sup>e</sup> armée, 21 avril 1916).
  - Traumatismes craniens et conséquences tardives (R. N., p. 670).
  - Confusion mentale chez le combattant (R. N., nov.-déc. 1916, p. 477).

- Etats confusionnels chez le combattant (Ann. Méd. Psychol., n° 1, janv. 1917).
- Commotion et confusion mentale (Soc. Méd. Psychol., 25 oct. 1919 Ann. Méd. Psych., janv. 1920, p. 59).
- Marchand (L.)*. — Lésions méningo-corticales sous-jacentes à un ancien traumatisme du crâne chez un aliéné (Soc. anatomique, 12 mai 1900).
- Des troubles mentaux dans les blessures pénétrantes du crâne (Ann. Méd. Psych., n° 2, avril 1916, p. 193).
- Traumatismes du cerveau (extrait du fasc. XIX, du nouveau Traité de médecine Roger-Widal-Tessier).
- Délire d'interprétation post-traumatique (Soc. cl. de Méd. ment., 18 nov. 1929).
- Marchand (L.) et Barbé*. — Les états confusionnels dans les psychoses, les névroses et les affections organiques du système nerveux (Bull. méd., 28 février 1920, n° 12, p. 197).
- Marie*. — Psychoses traumatiques et accd. du travail (Arch. neurol., 1906).
- Marie et de Fursac (R.)*. — Quelques cas médico-légaux de plaies des pôles frontaux par armes à feu (Bull. de la Soc. de Méd. légale de Paris, 20 août 1924, p. 270).
- Marie et Picqué*. — Traumatismes et folie (Congrès des médecins aliénistes. Grenoble, 1902).
- Martimor*. — L'état mental des petits trépanés par la méthode des tests. Th. Toulouse, 1916-1917.
- Mauclair*. — Commotion de l'encéphale et de la moelle épinière (P. M., 1899, n° 26, p. 150).
- Mott*. — Le 10 nov. 1917 a publié deux examens (voir Goret, p. 19. Thèse, 18-19, n° 14).
- Molin de Teyssieu*. — L'avenir médical et social des blessés du cerveau (Ann. Méd., n° 28, p. 29).
- Etude des grandes fonctions cérébrales dans les traumatismes anciens de l'encéphale. Chanine, édit., 7, rue Condé à Paris.
- Molin de Teyssieu et Henri*. — Les séquelles des blessures du lobe frontal (Bull. et Mém. Soc. Méd. et Chirurg. de Bordeaux, 1923-1924, p. 127).
- Oppenheim*. — L'amnésie traumatique chez les blessés de guerre (Progrès Médical, 9 juin 1917, p. 189-190).
- Papastratigakts et Aisopos* (Athènes). — Séquelles nerveuses

- nécrosiques et psychiques des traumatisés cranio-cérébraux et leur traitement (IV<sup>e</sup> Congrès international de médecine et pharmacie militaire. Varsovie, juin 1927).
- Pearson.* — Troubles mentaux consécutifs aux traumatismes (J. of nervous and mental diseases, vol. VII, n° 5, p. 449; R. N., 1929, t. I, p. 137).
- Pidoux.* — Contribution à l'étude de l'hypertension intracranienne post-traumatique (Alger, Thèse, 1924).
- Pitres et Marchand.* — Séquelles subjectives du syndrome commotionnel chez les blessés cranio-cérébraux (P. M., mai 1918, t. I, p. 253).
- Porot.* — La criminalité des blessés du crâne (Rapport du X<sup>e</sup> Congrès de Méd. Légale. Lille; Ann. de Méd. légale, Paris, mai 1925, p. 244.
- Les syndromes mentaux. Doin, édit., 1928).
- Porot et Hesnard.* — Psychiatrie de guerre. Paris, 1919, éd. Alcan.
- Ravaut.* — Etude de quelques manifestations nerveuses par le vent des explosifs. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 22 juin 1925.
- Les Hémorragies internes par chocs vibratoires (P. M., avril 1925).
- Rayneau.* — Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal (XIX<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Nantes, 1909).
- Regis.* — Troubles psychiques et neuro-psychiques de Guerre (Presse médicale, 27 mai 1915, p. 177).
- Congrès de Méd. Aliénistes. Lille, 1906.
- Renaux.* — États confusionnels consécutifs aux commotions des batailles. Thèse Paris, 1915.
- Rodiêt et Fribourg-Blanc.* — Confusion mentale et obusité (G. des H., août 1926, n° 68, p. 1093).
- Rogues de Fursac.* — Amnésies traumatiques (Bull. de la Soc. de Médec. légale de France. Séance du 12 déc. 1921. Manuel de Psychiatrie).
- Roussy.* — Troubles neuro-psychiques observés à l'occasion de la guerre (Presse Médicale, 8 avril 1915).
- Accidents nerveux produits à distance par l'éclatement d'obus (Société de neurologie, 4 déc. 1914).
- Roussy et Lhermitte.* — Psycho-névroses de guerre. Masson, 1917.

- Roussy et Boisseau.* — Les accidents nerveux déterminés par la déflagration des explosifs (Paris Médical, 1916, p. 185).
- Sands.* — The rôle of trauma un neuro-psychiatry diseases (U. States ve tern Bureau med. Bulletin Washington, 1925, n° 3, p. 32).
- Simeray.* — Contribution à l'étude des séquelles psychiques des commotions et traumatismes cranio-cérébraux de guerre. Thèse de Paris. Jouve Ed., mars 1922.
- Segaloff.* — Contribution à l'étude des lésions organiques ou fonctionnelles dans les contusions par éclatements d'obus (Psychiatrie contemporaine. Rennes, juin-juillet 1915).
- Souques, Megerand et Deunet.* — Le L. C.-R. dans syndromes cérébro-médullaires (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, oct. 1925).
- Stalmeler.* — Sur les modifications des petits vaisseaux du cerveau dans l'époplexie et les foyers de ramollissement traumatiques.
- Tanturri.* — Su di caso di gravi disturbi otneurologici per lésions crano-cérébrale (Morgagni. Milano, 1924, p. 1223).
- Thoinot.* — Les accidents du travail et les affections d'origine traumat. Ed. Doin, 1904.
- Thomas (A.).* — L'aptitude des trépanés au Service militaire et au travail (Paris Médical, 1916, p. 316).
- Trenel et Sizaret.* — Séquelles lointaines de commotions de guerre. Commotion et syndrome de démence précoce (Soc. Clinique de Méd. Mentale, 21 février 1927).
- Trenel et Legrand.* — P. G. traumatique (Soc. Clin. de Méd. ment., t. VII).
- Trenel et Lelong.* — Traumatiques craniens et psychoses traumatiques (Soc. Clin. de Méd. ment., 20 avril 1927).
- Vallon.* — P. G. et traumatisme, 1882. Delahay, éd. Paris.
- Vervaeck.* — La criminalité des blessés du crâne (Annales de médecine légale. Paris, 1925, p. 405).
- Vibert.* — Précis de médecine légale. Ed. Baillière. Paris, 1910.
- Villaret.* — Les séquelles nerveuses des traumatismes cranio-cérébraux (Acad. de médecine, 11 août 1916).
- Le syndrome psychique (Paris médical, n° 36, sept. 1916).
- Villaret et Mignard.* — Le syndrome psychique résiduel (Paris médical, p. 209, 2 septembre 1916).
- Voisin (R.).* — Troubles de l'écriture chez une confuse mentale

commotionnelle (Soc. de Psychiatrie, 15 juillet 1922. Journal de Psychologie, p. 91, janvier 1923).

*Villaret et Bailby.* — L'avenir des traumatisés cranio-cérébraux (Revue générale de Médecine et de Chirurgie, mai 1927).

*Wilebsky.* — Delayed post traumatic intra cranial compression (Arch. of Neurol. et Psychiatriy. Chicago 1926, p. 475).

*Wimmer.* — Über charakter und temperamentsänderungen nach stirnhirnverletzungen (Allgemeine Zeitschr. F. Psychiatrie, 1926, p. 441).

*Worms.* — Troubles subjectifs chez les blessés cranio-cérébraux (Soc. Méd. milit. française, 17 mai 1921, p. 95).

## TABLE DES MATIÈRES

|                    | Pages |
|--------------------|-------|
| Introduction ..... | 11    |
| Historique.....    | 16    |

### PREMIÈRE PARTIE

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| ETUDE CLINIQUE.....                     | 30 |
| Syndromes confusionnels aigus.....      | 33 |
| Syndromes confusionnels chroniques..... | 82 |

### DEUXIÈME PARTIE

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| ETUDE PATHOGÉNIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE..... | 129 |
|-------------------------------------------------|-----|

### TROISIÈME PARTIE

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| ETUDE MÉDICO-LÉGALE..... | 143 |
| Conclusions.....         | 195 |
| Bibliographie.....       | 199 |





